TERAPIA REPARATIVA
DE LA HOMOSEXUALIDAD MASCULINA

UN NUEVO ENFOQUE CLINICO

Joseph Nicolosi

INDICE

PARTE I

A LA BÚSQUEDA DE LA PROPIA IDENTIDAD SEXUAL

CAPÍTULO 1
HOMOSEXUALES NO GAYS, ¿QUIÉNES SON?

CAPÍTULO 2
LAS CUESTIONES POLÍTICAS DETRÁS DEL DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO 3
EL FRACASO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

CAPÍTULO 4
LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN PADRE-HIJO

CAPÍTULO 5
LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO PADRE-HIJO

CAPÍTULO 6
EL FRACASO EN LA RELACIÓN PADRE-HIJO

PARTE II

LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS

CAPÍTULO 7
PROBLEMAS INSERTOS EN LA NIÑEZ

CAPÍTULO 8
OTROS FACTORES: LA MADRE Y LAS RELACIONES FAMILIARES

CAPÍTULO 9
FACTORES FISIOGENÉTICOS

CAPÍTULO 10
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA PERSONALIDAD HOMOSEXUAL

CAPÍTULO 11
LA RELACIÓN DE AMOR HOMOSEXUAL

CAPÍTULO 12
LA SEXUALIDAD GAY

CAPÍTULO 13
EL RECHAZO A RECONOCER ELEMENTOS PATOLÓGICOS

PARTE III

PSICOTERAPIA

CAPÍTULO 14
EL TRATAMIENTO

CAPÍTULO 15
LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CAPÍTULO 16
CUESTIONES TERAPÉUTICAS

CAPÍTULO 17
PSICOTERAPIA DE GRUPO

CAPÍTULO 18
LA ENTREVISTA INICIAL

CAPÍTULO 19
LOS ASPECTOS DE LA PSICOTERPIA INDIVIDUAL

CAPÍTULO 20
EL PROCESO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

PARTE I
A LA BÚSQUEDA DE LA PROPIA IDENTIDAD SEXUAL

La masculinidad en el hombre no es simplemente una condición natural… es más bien una conquista.

- Robert Stoller

No puedo pensar en ninguna necesidad en la infancia tan fuerte como la necesidad de la protección del padre.

- Sigmund Freud

Capítulo 1
HOMOSEXUALES NO GAYS, ¿QUIÉNES SON?

Mucho se ha escrito últimamente sobre adoptar el estilo de vida gay y "salir del armario". Salir del armario se entiende como deshacerse de las cargas del miedo y la auto-decepción para embarcarse en el camino de la libertad y la integridad personal.

Pero hay también un grupo de hombres homosexuales que no buscan la auto-realización a través de la salida a la identidad gay. Estos hombres han elegido crecer en otra dirección. La palabra *homosexual* da nombre a un aspecto de la condición psicológica de ese hombre. Pero no es gay. Gay describe una identidad sociopolítica contemporánea y un estilo de vida que ese hombre no reclama. Yo lo llamo homosexual no gay.

El homosexual no gay es un hombre que experimenta una división entre su sistema de valores y su orientación sexual. Se identifica fundamentalmente con el patrón de vida heterosexual. El homosexual no gay siente que su progreso personal esta profundamente limitado por su atracción hacia el mismo sexo.

Antes del Movimiento de Liberación Gay, el homosexual era presentado en la literatura psiquiátrica de forma unidimensional desde la perspectiva de su "condición médica". Ahora el movimiento gay ha apoyado nuevas investigaciones, a menudo

llevadas a cabo por investigadores gay, para verter una luz largamente olvidada sobre los aspectos personales y de relaciones de la experiencia gay. Con la ayuda de estos estudios, muchos hombres pueden decidir ahora si quieren abrazar el estilo de vida gay o tomar la senda que conduce al crecimiento fuera de la homosexualidad. Mi esperanza es poder iluminar este último camino, el que lleva hacia la plenitud.

Un chico de 16 años vino a mi consulta, preocupado por si podría ser homosexual. Le dije que si lo era, podía elegir una terapia afirmativa gay o podía buscar la maduración fuera de la homosexualidad. Procedí a continuación a hablarle sobre los hombres que estaban bajo terapia conmigo. Al principio parecía perplejo y después de pensarlo dijo: “ah, ¿entonces quiere decir que aún no han salido del armario?”.

Este joven había sido confundido por la retórica popular que asume que si eres homosexual, entonces la única respuesta honesta es vivir la identidad gay. Creyendo esto, estaba sorprendido de oír que había hombres que, al margen de otras identidades, elegían una lucha diferente.

Los que buscan la terapia reparativa no culpan al estigma social de su infelicidad. Muchos se han fijado en el estilo de vida gay, han recorrido el camino que suponía para ellos una “vía negativa” y han vuelto desilusionados por lo que habían visto. La definición de uno mismo está tejida dentro de la tradición familiar. Rechazan abandonar su identidad heterosexual. En vez de plantear batalla contra el orden “natural” de la sociedad, levantan la espada de su lucha interior. Tal como explicaba un paciente de 23 años:

> *“He tenido estos sentimientos y estas necesidades pero la idea de ser una persona gay es simplemente ridícula… es un modo de vida tan extraño, en los límites de la sociedad… es algo de lo que nunca podría formar parte”*

Otro hombre afirmaba:

> *“Nunca he creído tener tendencias homosexuales porque hubiera nacido “de esa manera”. Es un insulto a mi dignidad y un mal servicio a mi búsqueda de crecimiento que me digan que no tengo esperanza de cambio”*

Otro afirmaba:

> *“Para mi, abrazar un estilo de vida homosexual ha sido como vivir una mentira. Lo he encontrado doloroso, confuso y una fuerza destructiva en mi vida. Sólo desde que he empezado a ver lo que hay detrás de estos sentimientos homosexuales, he empezado a encontrar paz y aceptación de mi mismo”.*

Tanto la sociedad como la psicología necesitan comprender qué es el homosexual no gay. La sociedad ahora ve a este grupo con cierta burla y la psicología lo percibe como una actitud de odio a sí mismo y de confusión. Su identidad está perdida entre la ideología popular. El mundo heterosexual le re-huye y el mundo gay le considera como un extraño.

Los profesionales de la salud mental tienen una gran responsabilidad por la desatención del homosexual no gay. En su empeño por apoyar la liberación de los gays han empujado al olvido a este otro grupo. Al no categorizar la homosexualidad como un problema han creado dudas sobre la validez de la lucha de este grupo. El homosexual no gay por sí mismo ha contribuido a esta negligencia social. No es probable encontrarlo en desfiles o manifestaciones celebrando su identidad. Más bien, resolverá sus conflictos de forma callada y discreta. ¡Qué paradoja que sean estos hombres conservadores los que lleven a cabo esta lucha contracultural! Hoy, incluso

los abusadores de niños y prostitutas cuentan sus historias en los programas de mayor audiencia[1].

Es un desacierto que el no gay deba ser identificado por lo que no es. La presunción del mundo gay es que lo que le mantiene “en el armario” es el miedo o la ignorancia y que suficiente tiempo y educación también él encontrará la liberación. Sin embargo, el no ser gay es una decisión y una elección consciente tan fuerte sobre la propia identidad como lo es el ser gay. Para este hombre, el no salir del armario puede ser un lugar de crecimiento dinámico y auto-comprensión, un lugar de compromiso con el cambio. Para él, “el armario” es un lugar de elección, reto, camaradería, fe y crecimiento, un lugar interior que a menudo se abre de forma trascendente.

Recientemente se ha hecho un gran progreso en el reconocimiento del gay en la sociedad. Ahora, la misma comprensión se debe extender al homosexual no gay. Él ha hecho una elección filosófica y existencial válida. No es un individuo acosado por la culpa, intimidado, asustado. Es alguien que, desde la totalidad de su propia identidad, busca no abrazar, sino trascender, el predicamento homosexual.

[1] En La versión original Oprah y Geraldo, programas populares en la televisión norteamericana

Capítulo 2

LAS CUESTIONES POLÍTICAS DETRÁS DEL DIAGNÓSTICO

Los tres grandes pioneros de la psiquiatría –Freud, Jung y Adler- veían la homosexualidad como una patología. Sin embargo hoy, la homosexualidad no se encuentra en el Manual Psiquiátrico de Desórdenes Mentales (DSM-III-R).

¿Estaban estos tres grandes pioneros reflejando simplemente la ignorancia y el prejuicio de su tiempo sobre la homosexualidad? ¿Se debe este cambio radical a nueva luz sobre nuestra sofisticada actitud moderna? ¿Ha habido alguna investigación nueva para dar pie a este cambio de opinión? De hecho, ninguna investigación psicológica o sociológica justifica este cambio. La investigación no es lo que ha dado respuesta a la cuestión. Es la política lo que ha frenado el diálogo dentro de la profesión.

Los abogados de la militancia gay, trabajando en una pequeña pero poderosa red, han producido apatía y confusión en la sociedad americana. Los militantes gays insisten en que la aceptación del homosexual no se puede producir si no va acompañada de la condición homosexual. La intelectualidad de nuestra cultura, que es consciente del riesgo de aparecer como intolerante, proclama la normalidad de la homosexualidad. Sin embargo no es así para la persona media, para la que, simplemente, no parece normal.

HISTORIA DE LA DIAGNOSIS

En 1952, el manual de desórdenes mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) listaba la homosexualidad entre los desórdenes de personalidad socio-páticos. En 1968, el DSM-II eliminaba la homosexualidad de la lista socio-pática, categorizándola entre otras desviaciones sexuales. Este DSM revisado consideraba la homosexualidad como un problema sólo cuando era incompatible con el sentido de sí mismo de la persona. Cuando la condición era compatible, esto es, cuando el hombre estaba cómodo con sus pensamientos, sentimientos y comportamientos homosexuales, la homosexualidad no se consideraba patológica.

Esta es una distinción falaz. El problema no se encuentra en la actitud de la persona hacia su homosexualidad sino en la homosexualidad en sí. Aunque la homosexualidad pueda ser compatible con el *ego consciente*, nunca puede ser compatible con los niveles más profundos del mismo, dado que la homosexualidad es sintomática de una deficiencia para integrar la auto-identidad. Los síntomas siempre emergerán indicando la incompatibilidad con la misma realidad.

En 1973, el DSM fue revisado de nuevo y ahora no se hace referencia a la homosexualidad en absoluto: no se hace ninguna referencia nominal a ella en el manual de diagnóstico.

En realidad hay una referencia oblicua en la categoría de “otros desórdenes sexuales no especificados en otros apartados”. Aquí se describe el “dolor marcado y

persistente por la propia orientación sexual" que podría aplicarse también a la homosexualidad.

Pero, ¿existe algún caso en la historia de la psiquiatría en que un heterosexual ha buscado tratamiento por el dolor producido por su heterosexualidad y ha deseado cambiar para ser homosexual? Cuando hice esta pregunta en una carta al presidente del comité de nomenclatura de la DSM, Robert L. Spitzer, respondió: "La respuesta, como usted supone, es no".

¿Por qué los profesionales ya no consideran la homosexualidad como un problema?

FACTORES POLÍTICOS

En su análisis de la eliminación de la clasificación diagnóstica de la homosexualidad por parte de la Sociedad Americana de Psiquiatría, Bayer (1981) dice: "El resultado no fue una conclusión basada en una aproximación a la verdad científica dictada por la razón sino una acción demandada por el estado ideológico del momento" (pp. 3-4).

Los efectos combinados de la revolución sexual y de los movimientos "pro-derechos" –derechos civiles, derechos de las minorías, derechos feministas –tuvieron como consecuencia un efecto intimidatorio sobre la psicología. Algunos escritores han cuestionado si los heterosexuales están capacitados para investigar sobre la homosexualidad (Súper, 1982). Como existe un temor a ofender a cualquier voz minoritaria o de ser acusado de emitir juicios, ha habido poca crítica sobre la calidad de la vida gay. Aunque algunos inventarios recientes sobre el comportamiento de hombres homosexuales han revelado un mayor número de relaciones sexuales anónimas de lo que inicialmente se esperaba, nadie se atreve a afrontar la cuestión.

La eliminación de la homosexualidad del catálogo DSM tuvo el efecto de desincentivar el tratamiento y la investigación sobre el tema. El conjunto de la teoría e investigación psico-dinámica temprana, empezando por Freud, indicaba que la homosexualidad no es una condición natural de nacimiento. Sin embargo la literatura se paralizó abruptamente cuando se generalizó la idea de que la homosexualidad no era, de hecho, un problema. Esto desanimó a los especialistas de comunicarse unos con otros y de llevar a cabo presentaciones en las reuniones profesionales.

El silencio acerca de los investigadores no fue consecuencia de nuevas evidencias científicas que mostrasen que la homosexualidad fuese una variante normal y saludable de la sexualidad humana. Más bien, impuso la idea de no debatir más el tema. Aunque el análisis de la condición efectivamente se terminó, la investigación continuó exclusivamente referida al comportamiento pero evitando el comentario analítico.

Otros investigadores pro-gay temen que cualquier indagación en las causas psicológicas supondría una concesión a la idea de una patología: después de todo, no ha habido una investigación similar de las causas de la heterosexualidad (Stein y Cohen, 1986). Han apoyado únicamente la búsqueda de una base genética o endocrina de la homosexualidad, en la creencia de que un descubrimiento de este tipo resolvería definitivamente y para siempre la cuestión de la normalidad de la homosexualidad.

Es posible que puedan existir algunos factores genéticos que predispongan a la homosexualidad pero a este respecto se podría considerar un paralelismo con el alcoholismo. Aunque hoy existe un mayor reconocimiento de alguna predisposición biológica al alcoholismo, se sigue reconociendo como un problema, se sigue tratando y los tratamientos de más éxito han resultado ser los de la terapia de apoyo social y espiritual.

MOTIVOS HUMANITARIOS

Más allá de las presiones políticas, hubo otras dos razones del por qué la profesión psiquiátrica eliminó la homosexualidad de su manual de diagnóstico. La primera es que la psiquiatría esperaba eliminar la discriminación social al eliminar el estigma de enfermedad atribuido a las personas homosexuales (Barnhouse 1977, Bayer 1981). La mayoría de los psicoterapeutas están comprometidos personalmente con la eliminación del dolor y la disminución de los efectos destructivos de la culpa impuesta socialmente. Se daba por supuesto que la continuación del diagnóstico de la homosexualidad perpetuaría el prejuicio social y el dolor de la persona homosexual.

La segunda razón es que la profesión psicológica ha fracasado en el intento de identificar, con certeza, las causas psico-dinámicas de la homosexualidad, y consecuentemente, de facilitar un tratamiento razonablemente efectivo. Históricamente, la tasa de curación en el tratamiento de la homosexualidad ha sido baja. En los pocos estudios que proclaman el éxito, el porcentaje de pacientes que han cambiado hacia la heterosexualidad oscila entre el 15 y 30 por ciento y está la cuestión de si la "cura" se mantenía a largo plazo. Estos estudios han culminado en una aceptación de la condición homosexual.

Sin embargo, mientras el intento humanitario no puede ser despreciado, el fracaso por parte de la profesión en encontrar una cura efectiva no debería ser el criterio para determinar su normalidad. Estamos acogiéndonos a la lógica del "si no puede arreglarse, no está roto". La profesión psicológica es responsable del diagnóstico para identificar la "enfermedad" o pérdida del estado saludable en la persona. No es la tarea de la profesión psicológica eliminar la diagnosis por falta de cura.

EL PROBLEMA DE LA DISCRIMINACIÓN INVERTIDA

Aunque la intención ha sido terminar con la discriminación, una consecuencia ha sido la discriminación de un grupo diferente de personas, aquellos hombres cuyos valores morales y cuyo sentido de sí mismos no pueden ser incorporados en su homosexualidad. En su nueva apertura pública, el movimiento gay representa un falso escenario en el que la víctima-paciente es invariablemente acechada por el "profesional de la salud mental victimizante" que hace negocio con su homofobia. Se olvida al homosexual que, desde una visión diferente del todo personal, busca crecer y cambiar a través de la ayuda de la psicoterapia legítimamente. Desafortunadamente, a estos hombres se les ha puesto la etiqueta de víctimas de la presión psicológica más que la de hombres con coraje, comprometidos con una auténtica visión.

El fracaso de la profesión psiquiátrica para reconocer la homosexualidad como una condición no deseada para algunos hombres sirve para desanimar a los miembros de la profesión de la salud mental de ofrecerles tratamiento. De forma más dañina aún, el propio paciente es desanimado, dado que la propia profesión a la que se dirige en busca de ayuda le dice que no es un problema y que debe aceptarlo. Esto es terriblemente desmoralizante para el paciente y hace que su lucha por superar la homosexualidad sea mucho más difícil.

Algunos individuos definen a la totalidad de la persona por su comportamiento sexual no deseado, basado en la premisa fenomenológica simplista de "eres lo que haces". En contraste, mis pacientes experimentan su orientación y comportamiento homosexual como *extraños con quien realmente quieren ser*. Para estos hombres, sus valores, ética y tradiciones tienen mucho más peso en la definición de su identidad personal que sus sentimientos sexuales. El comportamiento sexual es tan sólo un aspecto de la identidad de un hombre, una identidad que se hace más profunda continuamente, crece, incluso cambia, a través de la relación con los demás.

¿Es posible afrontar las necesidades de los homosexuales no gays y proponer un modelo de desorden psicológico que no ofenda a aquellos que no desean cambiar? La única respuesta es “estoy de acuerdo” o “no estoy de acuerdo”, permitiendo que el debate continúe, más que poniendo punto final a la discusión a través de la presión y la intimidación.

No debemos perder de vista el hecho de que el derecho del hombre gay a vivir su estilo de vida va acompañado de la responsabilidad psicológica de discernir si tal estilo de vida e identidad son saludables. La profesión psicológica tiene la responsabilidad de continuar explorando las causas, la naturaleza y el tratamiento de la homosexualidad. Yo no creo que el estilo de vida gay pueda ser nunca saludable ni que la identidad homosexual pueda estar nunca completamente en sintonía con el verdadero yo.

Capítulo 3

EL FRACASO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Influenciados por la creencia popular de que la homosexualidad no se puede cambiar de ninguna forma, la mayoría de los psicoterapeutas intentan "curar" al enfermo fomentándole la aceptación de su homosexualidad. El tratamiento más efectivo es considerado la des-sensibilización de los sentimientos de culpa. Esto se hace no porque la mayoría de los terapeutas defiendan el estilo de vía gay sino porque no ven un tratamiento efectivo.

Un paciente religioso que sentía culpa por su homosexualidad acudió a la consulta del psicólogo del comportamiento Joseph Wolpe (1969). Wolpe tenía que decidir qué comportamiento extinguir, la homosexualidad o el sentimiento religioso de culpa. En vez de cambiar su homosexualidad optó por mejorar el sentimiento de culpa[2]. Este caso ilustra tanto el poder del terapeuta y el modo en que ese poder es utilizado con demasiada frecuencia por la presión. Hoy la psicología defiende trabajar desde una filosofía "libre de valores". Sin embargo, decisiones como esta, eliminar el sentimiento de culpa religioso, se hacen de hecho desde otra jerarquía de valores, a elección del terapeuta.

Leahey, mencionado por De Angelis (1988), describe como la psicología se entendió inicialmente con la aplicación práctica de la filosofía. Esta filosofía estaba basada en moralismos y principios religiosos, enfatizando la necesidad del hombre de encontrar la armonía con su naturaleza espiritual. A fines del siglo diecinueve, la nueva tendencia científica racionalista se erigió en oposición a esta tradición. La psicología buscó romper todos los lazos con sus raíces filosóficas y ser la ciencia de la naturaleza objetiva, empírica y libre de valores. Como dice Lahey, el mito era creer que habíamos encontrado por fin una psicología filosóficamente neutra.

En la década de los 60, el movimiento humanista influyó en esta psicología en una versión nueva, pero disfrazada, de autoridad moral. Su nueva confianza se basaba en la medida de los sentimientos para valorar la moralidad (De Angelis, 1988). Este movimiento popular de los sesenta y setenta se oponía a la tradición psicológica y predicaba la apertura emocional, la espontaneidad y la lealtad a uno mismo. El crecimiento ya no se veía como un producto de la inteligencia enfocado a la resolución de problemas sino que era visto únicamente en términos emocionales. "Sentirse bien acerca de uno mismo se convirtió en la vara de medida del buen comportamiento, una especie de sentido de la moral desnaturalizado" (De Angelis, p. 5). Esta psicología humanística rechazaba mucho del racionalismo de la tradición psicoanalítica. En cambio, introducía la idea del sentimiento de aceptación completa de la persona, tal como es, *sin otras expectativas*. Siguiendo la experiencia de la filosofía centrada en el paciente de Carl Rogers, se esperaba de los terapeutas que fuesen neutrales y no

[2] Dos notas interesantes sobre este asunto: primero, Wolpe dijo que tomó esta decisión basándose en la creencia de que la homosexualidad estaba determinada biológicamente. Segundo, el paciente descubrió más adelante su atracción heterosexual por sí mismo después de llevar a cabo un tratamiento de aceptación, y se casó. Wolpe lo consideró curado de la homosexualidad.

dirigiesen al paciente, y que no contaminasen la terapia a través de ninguna suerte de sistema de valores.

Sin embargo, en realidad, el tratamiento efectivo toma la dirección de un sistema de valores compartido entre el paciente y el terapeuta. Ni la filosofía ni ninguna otra ciencia social puede afrontar la cuestión de "lo que es" sin ninguna perspectiva de "lo que debería ser". Porque a raíz de esta implicación día a día en el drama humano, la profesión de la salud mental se ve particularmente envuelta en cuestiones filosóficas. Debe ayudar a las personas que están buscando respuestas y esas respuestas no se encuentran sólo en datos de comportamiento. Ni tampoco emergerán de una interacción no directiva y libre de valores. Al contrario, se despliegan de la interrelación activa entre el paciente y el terapeuta en el contexto de su perspectiva compartida de la condición homosexual. De hecho, es irresponsable no facilitar tratamiento a aquellos que libremente deciden crecer hacia fuera de la homosexualidad.

HISTORIA DE LOS MÉTODOS DE CURA DE LA HOMOSEXUALIDAD

En la literatura psicoanalítica, la homosexualidad masculina se ha entendido largamente como un reflejo de un déficit en la identidad de género. Recientemente, este déficit de género se ha demostrado también científicamente. Sin embargo no se ha desarrollado ningún tratamiento con éxito continuado a raíz de esa comprensión. Esto puede deberse al hecho de que el psicoanálisis tradicional cometió el error de enfatizar el "miedo a la mujer". En lugar de eso, el énfasis se debería haber puesto en la resolución de los problemas en relación con los hombres, es decir, en resolver el des-apego defensivo (Moberly 1983).

El trabajo inicial de Shekel (1930) relata un número de casos de cura completa incluyendo uno en detalle, a través del psicoanálisis freudiano. El trabajo de Rubenstein (1956) ofrece algunas visiones valiosas sobre los indicadores de la prognosis. Revisando sus diez años de tratamiento psicoanalítico a homosexuales, Rubenstein advierte contra un optimismo excesivo pero refiere que "un buen número de pacientes puede ser ayudado hasta cierto punto. Algunos pueden mejorar bastante más allá de sus expectativas originales (p.18).

Siguiendo la tradición reparativa, Anna Freud (1949, 1952), se refiere a numerosos casos que muestran "buenos resultados", incluyendo cuatro casos que llevaron al ajuste heterosexual. También desde el punto de vista reparativo, Ovesey (1969) refiere tres casos de éxito tras un mínimo de cinco años de seguimiento.

Refiriéndose al programa de psicoterapia intensivo de corta duración de Master y Jonson, Scwartz y Masters (1984) describen resultados alentadores con una tasa de fracaso a los cinco años del 28,4 por ciento. Mayerson y Lief (1965) también refieren resultados de éxito en un estudio detallado. Encontraron que un 47 por ciento de sus pacientes tuvieron un funcionamiento heterosexual tras un seguimiento de cuatro años y medio de media.

Bieber (1962) manifiesta una tasa de cura de sus pacientes del 27 por ciento. Ellis (1956) refiere que 18 de sus 28 pacientes homosexuales masculinos tuvieron una mejora "distintiva" y "considerable" en el logro de relaciones satisfactorias de amor-sexo con mujeres. Wallace (1969) describe el caso de tratamiento con éxito de un homosexual tras un psicoanálisis relativamente breve, al igual que Eidelberg (1956). De forma similar, Poe (1952) detalla un caso con éxito de un homosexual pasivo basado en una visión adaptativa del tratamiento. Utilizando un formato de terapia de grupo, Birk (1974) también manifiesta una mejoría significativa en un número de casos.

En un estudio de treinta homosexuales entre estudiantes universitarios, Whitener y Nikelly (1964) presentan mejoras considerables entre pacientes que estaban altamente motivados, tenían estructuras de carácter relativamente saludables y no habían tenido vida homosexual activa durante un largo periodo. De un grupo de quince estudiantes universitarios, Ross y Mendelsohn (1969) refieren que once mostraron una mejora entre mediana y considerable. Monroe y Enelow (1960) describen un cambio significativo en cuatro de siete pacientes.

En un análisis de resultados terapéuticos muy detallado, Van der Aardweg (1986) divide 101 pacientes homosexuales en cuatro categorías: cambio radical, cambio satisfactorio, mejora y no cambio. Entre los que continuaron en tratamiento durante varios meses, un 65 por ciento consiguieron resultados en las categorías de cambio radical o satisfactorio.

Wolpe (1969) refiere un caso de reversión espontánea de la homosexualidad en un paciente después de haber dejado el tratamiento. Casos como los descritos indican que el cambio puede darse, y de hecho tiene lugar, fuera del terreno de la psicoterapia.

Dentro de la psicoterapia se ha utilizado un amplio rango de tratamientos, con resultados que van desde prometedores hasta decepcionantes. No fue hasta la aportación de Moberly del concepto de des-apego defensivo cuando se estableció un campo de trabajo para el tratamiento a partir de un modelo causal. Moberly identificó el des-apego afectivo como el primer obstáculo para la curación, aislando de esta manera una resistencia básica para el tratamiento.

Otros errores básicos destacan en las estrategias de tratamiento psicoanalíticos iniciales. El terapeuta de formación clásica era emocionalmente distante. Evitar el involucrarse personalmente frustra al paciente homosexual, particularmente necesitado de una conexión íntima masculina y cuya curación viene primeramente a través de la relación terapéutica. El terapeuta desapegado emocionalmente reactiva memorias de frustración temprana del padre frío y crítico.

Para evitar este error, Moberly explica que el terapeuta debe estar más involucrado emocionalmente y, dentro de unas guías terapéuticas, permitir la dependencia. El terapeuta debe ser del mismo sexo que el paciente para permitirle trabajar a través de bloques de desarrollo con el padre del mismo sexo. En la terapia reparativa la relación terapéutica es el factor central del tratamiento. No sólo es importante la relación con el terapeuta principal sino también con los miembros de un grupo de psicoterapia de valores similares. Las relaciones de confianza compartida e intimidad no erótica con otros hombres acelerarán el proceso. Siempre existe una identidad primera, subyacente, en este caso una heterosexualidad latente, sobre la que construir el cambio en el paciente que lo busca. El modelo de desarrollo naturalista es el usado en estos casos, conceptualizando la progresión hacia la intimidad como el estar con una persona del sexo opuesto.

En la terapia reparativa el paciente presta mucha atención a su identidad de género y a su sentido de la masculinidad. El tratamiento con éxito se basa en la elección del paciente de crecer en la identidad masculina. Se convencerá de que posee toda la masculinidad que necesita y, por tanto, no tiene necesidad de buscar fuera de sí mismo en otros hombres. Se compromete con el tratamiento con la convicción de que “independientemente de como me sienta, soy un heterosexual latente”.

El tratamiento ofrece una forma particular de interpretar la historia personal propia y de comprender los acontecimientos de la infancia temprana y las relaciones con los padres, especialmente con el padre. Se dirige hacia la disminución de los condicionantes homo-eróticos a través del apoyo y la educación en relación con las motivaciones subyacentes. El objetivo es conseguir una visión clara de los temas y

una claridad en la dirección, lo que acarreará, eventualmente, una transformación del significado de lo que siente. Tal como explica Moberly (1983), “los sentimientos homo-eróticos deben ser reinterpretados como la legítima necesidad de intimidad con el propio sexo”. Pero sólo a través de la intimidad no erótica tendrá lugar la formación de vínculos masculinos y de una forma de identidad masculina. Un paciente expresa:

> *He oído muchas teorías en mi búsqueda de un sentido pero ninguna me ha parecido tan cierta respecto a mi experiencia de vida como esta. Esto va directo al núcleo de la cuestión de la homosexualidad. Porque gracias a esta comprensión de mí mismo he mejorado en la autoestima, confianza, madurez y masculinidad. También ha reafirmado la bondad de mi ser. Camino como un hombre herido pero curándose… pero lleno de esperanza hoy y para el futuro.*

El tratamiento amplía las metas del paciente de crecer hacia fuera de los pensamientos, sentimientos y comportamientos homo-eróticos. La dirección en el caso de algunos hombres puede ser la familia con mujer e hijos o en otros casos el compromiso con un estilo de vida célibe. La mayoría de los pacientes se enfocan primeramente en crecer alejándose de las preocupaciones homosexuales, relaciones dependientes e insatisfactorias y baja autoestima basada en su identidad de género incompleta.

Este tratamiento se ajusta a la mayoría de los pacientes homosexuales que he tratado. Otros son inapropiados para la terapia reparativa porque no muestran signos de déficit de identidad de género y no encajan en nuestro modelo de desarrollo. Y otros están satisfechos con su orientación y no tienen deseo de tratamiento.

“CURA” VERSUS “CAMBIO”

En su trabajo final, “Análisis: terminable e interminable”, Freud concluía que el análisis es esencialmente un proceso para toda la vida. Esto es cierto en el caso de la homosexualidad que, como muchos otros temas terapéuticos como el alcoholismo o los problemas de autoestima, requieren un proceso continuado de crecimiento. Pero aún cuando no hay atajos para el crecimiento personal, cuanto lleva alcanzar un objetivo no es tan importante como la elección de la dirección. Un sentido de progreso hacia un valor comprometido es lo que importa. El homosexual no gay está en el camino hacia la reunificación de su sexualidad con su identidad masculina. Que pueda mirar hacia atrás a los meses pasados y ver el cumplimiento de algunos objetivos con los que estaba comprometido es lo que da esperanza.

Algunos lectores pueden decidir que este enfoque es reaccionario y anti-gay, anti-sexual, contrario a la libertad. Más bien este es un tratamiento para aquellos hombres que buscan una alternativa al estilo de vida gay. Reconoce el significado de la diferencia de género, el valor de la familia y los valores tradicionales, y la importancia de la prevención de la confusión de género en los niños.

Muchos hombres han encontrado estas ideas como una verdad que resonaba dentro de sí mismos, viéndolas como útiles en el crecimiento para alejarse de la preocupación por su atracción por el mismo sexo que aturdía sus vidas.

Capítulo 4

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN PADRE-HIJO

La homosexualidad es un problema de desarrollo que es casi siempre el resultado de problemas en las relaciones familiares, particularmente entre padre e hijo. Como resultado del fallo en la relación con el padre, el niño no interioriza completamente la identidad sexual masculina y desarrolla la homosexualidad. Este es el modelo clínico más común.

EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD SEXUAL

En la primera etapa de la infancia, tanto los niños como las niñas se identifican en primer lugar con la madre, que es la primera y principal fuente de alimentación y cuidados. Sin embargo, mientras que la niña mantiene una identificación primaria con la madre, el niño tiene más adelante la tarea adicional de desarrollo de volver su identificación desde la madre hasta "el otro" (Greenspan 1982). Es a través de su relación con el padre como el niño cambiará hacia una identificación masculina, que es necesaria para desarrollar una personalidad masculina normal (Sears et al. 1957). Esta tarea de desarrollo adicional para los niños explica por qué tienen más dificultad que las niñas en el desarrollo de la identidad de género (LaTorre 1979) y puede explicar también el mayor porcentaje de homosexuales masculinos que femeninos (Lynn 1961).

LA EDAD DE LA IDENTIFICACIÓN SEXUAL

En el transcurso de la vida del niño, toda lección de desarrollo importante tiene sus períodos críticos de receptividad. Estos períodos de conciencia reforzada parecen tener una base biológica. Hay un periodo de apertura particular al lenguaje, en el que se aprende mejor: durante los tres primeros años, a partir de los cuales es progresivamente más difícil aprenderlo. La receptividad a la identidad de género también tiene un período crítico, a partir del cual la lección no se aprenderá tan fácilmente. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que el período crítico para la identidad sexual tiene lugar antes del tercer año (Greenacre 1957, Kohlberg 1966, LaTorre 1979, Moberly 1983, Money y Ehrhardt 1972, Socarides 1968, Stoller 1968). Dentro de ese período, el momento de mayor receptividad parece ser la segunda mitad del segundo año.

El niño tiene algún sentido del padre desde los primeros meses (Loewald 1951, Mahler et al. 1975), de hecho, tal vez desde los 4 meses (Abelin 1975). A los 18 meses puede diferenciar entre imágenes de niños y niñas, hombres y mujeres (LaTorre). A nivel social, él mismo es tratado de manera creciente como un ser masculino. Durante este tiempo, la adquisición del lenguaje refuerza la división básica de las personas entre varones y hembras.

El niño desarrolla gradualmente una necesidad de alejarse de la madre. Desarrolla una intuición intensa basada en un sentimiento corporal de que no sólo está separado físicamente de la madre, de la misma forma en que las niñas experimentan su individualización, sino de que también es diferente de la madre, y esta nueva y excitante diferencia le hace parecerse de alguna forma a su padre. Empieza a ver

progresivamente al padre como objeto de semejanza. Abierto y receptivo ahora a la masculinidad, “mostrará un especial interés en su padre, querrá crecer como él y ser como él…” (Freud 1921, p.105). El niño no comprende aún que su interés creciente por su padre proviene de una afinidad primaria basada en su masculinidad compartida. Ni tampoco comprende que la paternidad es la encarnación de lo que él está llamado a ser. Y a pesar de ello hay una cierta familiaridad y carisma.

* Con este sentimiento nuevo que emerge de ser como el padre, aflora una nueva dependencia. Desea ser recibido y aceptado por su padre, y esa frágil identidad masculina naciente, que recibe su ímpetu sólo del instinto, debe reflejarse en su relación.

El padre necesita proyectar y afirmar la masculinidad del niño. Tal como Payne explica, “La masculinidad interior es apelada y bendecida por la masculinidad exterior” (1985, p.13). Este hermoso y misterioso encaje es la unión de una necesidad interior y una realidad exterior. El niño busca interiorizar lo que es atractivo, divertido y lleno de energía acerca de su padre. Hay una libertad y una sensación de poder para crecer más allá de su madre y este poder se personifica en su padre.

Si el padre es cálido y receptivo, el niño se sentirá animado a des-identificarse con lo femenino y entrar en la esfera de lo masculino. Entonces se sentirá identificado con lo masculino y con gran probabilidad, heterosexual. Si ambos padres refuerzan al niño en este sentido, estará bien encaminado a completar su identificación sexual y su heterosexualidad.

LA INFLUENCIA DEL PADRE EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN DE LA MADRE

Una de las tareas más importantes del padre durante esta etapa es proteger al niño del impulso de la madre de prolongar la simbiosis madre-hijo (Stoller 1979). Esta intimidad entre la madre y el hijo es tan primaria, completa y exclusiva que la presencia del padre puede llegar a ser hasta traumática (Freud 1910). A través de su ejemplo, el padre demuestra al niño que es posible mantener una relación íntima pero autónoma con la madre.

Esta relación triangular de los padres y los hijos ayuda al niño a clarificar su separación y su diferencia respecto a su madre. Es en esta relación triangular donde la familia del homosexual presenta frecuentemente algún defecto. Es típico encontrar una relación excesivamente íntima entre la madre y el hijo, mientras que el padre se encuentra lejano de ambos. Idealmente, la madre y el padre deberían trabajar juntos para ayudar al niño en el cambio de identificación de lo femenino a lo masculino. Sin embargo, si una madre demasiado cercana desalienta este cambio de orientación, un padre que proporcione dominio y apoyo puede contrarrestar su influencia regresiva.

Tal vez un factor significativo es la disponibilidad de la madre cuando el niño de 2 o 3 años esté experimentando problemas con el padre. Una madre receptiva y excesivamente compasiva podría proporcionar un refugio de seguridad emocional en el que el niño encontraría fácil desentenderse totalmente del padre. Si la madre tiende a estar menos disponible emocionalmente, el niño podría estar más propenso a tolerar las frustraciones de un padre difícil.

Muchos escritores reconocen la importancia del padre en ayudar al niño a individualizarse de la madre (Abelin 1971, 1975, APA Panel 1978, Greenson 1968, Loewald 1951, Ross 1977, 1979). Mahler (1955) describe la importancia de una “renuncia a la madre” y cree que una imagen estable del padre puede ser necesaria para neutralizar la amenaza de reabsorción de la madre.

Es importante que el padre se comprometa con el desarrollo de la masculinidad de su hijo. Para ello no se requiere que el propio padre sea muy masculino. Un padre con cualidades femeninas no tiene en principio efectos adversos sobre la identidad sexual del niño. De hecho, muchos hombres homosexuales bastante femeninos han criado hijos heterosexuales. Una vez que el niño identifica su masculinidad, está abierto a diferentes modelos en otros hombres.

LA RENUNCIA A LA ESFERA FEMENINA

"La primera consigna en la cuestión de ser un hombre es: no seas una mujer" (Stoller 1985, p. 183).

En la primera infancia, muchos niños imaginan que no necesitan renunciar a un sexo para reclamar el otro. Sin embargo, la realidad fuerza eventualmente al niño sano a renunciar a lo femenino y a abandonar sus privilegios. Sin embargo, muchos hombres homosexuales se aferran a este deseo infantil de ser a la vez masculino y femenino, expresándolo a través de comportamientos andrógenos y en ocasiones bisexuales. A veces hay una idealización de mujeres famosas – Judy Garland, Barbra Streisand, Marilyn Monroe y Bette Midler, por ejemplo – e incluso una imitación, en una proyección casi humorística de un ideal femenino.

Los hombres heterosexuales mantienen una vigilancia frente a esta atracción a volver a la simbiosis con lo femenino (Stoller y Herat 1981). Para ellos, el emparejamiento representa la resolución de este conflicto. A través de la intimidad sexual y emocional con su mujer, un hombre es libre de fundirse con lo femenino, pero de una forma complementaria, sin que su masculinidad sea engullida por lo femenino.

LA IDENTIFICACIÓN CON EL PADRE

Durante muchos años, la literatura psicoanalítica sobre el desarrollo del niño prestó poca atención al papel del padre. Recientemente ha habido un reconocimiento creciente de la intensidad emocional de la relación con el padre y, en particular, de la contribución del padre a la formación de la identidad de género del niño (Greenspan 1982, Herzog 1982, Liddicoat 1957, Millar 1958, Musses y Distler 1960, Tyson 1985, 1986, West 1959).

Sabemos que el niño intenta amoldar su propio ego a la persona que ha tomado como modelo, asumiendo muchas de las características de la personalidad, valores y comportamientos del padre. Esta necesidad primaria del niño ha sido referida como "hambre de padre" (Herzog 1982) y "sed de padre" (Abelin 1975). Normalmente el padre es la figura masculina más significativa en la vida del niño durante su desarrollo temprano. Sin embargo, podría ser cualquier otro hombre: el abuelo, un hermano mayor, un vecino, un tío. Normalmente es el hombre que está involucrado emocionalmente con la madre.

Los intentos psicoanalíticos tempranos por entender *como* el niño se identifica con el padre ponían el énfasis en la teoría de la identificación con el agresor. En la teoría psicoanalítica clásica del conflicto de Edipo, el niño percibe al padre como castigador, amenazador y castrador y se identifica con él por miedo. Los últimos estudios se refieren a este proceso como identificación defensiva. Este concepto continúa siendo significativo para nosotros porque representa la experiencia temprana del niño con otro hombre por adquirir su propia masculinidad. De hecho, la resolución de la competencia con otro hombre es central en la formación de la identidad masculina. Sin embargo, en los últimos años, se ha hecho mucho más evidente que hay mucho más que el desarrollo de la identificación.

Desde Freud, estudiosos más recientes han expandido nuestra comprensión de la identificación reconociendo el significado no sólo de los aspectos de castigo y establecimiento de límites sino también de aspectos positivos de la relación, tales como el cariño del padre, el afecto y el involucrarse (Brim 1958, Parsons 1955). De hecho, las cualidades paternales de cariño y ternura parecen ser necesarias para la identificación sexual masculina (Mowrer 1959, Mussen y Distler 1959-1960, Mussen y Rutherford 1963, Payne y Mussen 1956). Niños de cinco años, con padres afectuosos, han mostrado una mayor identificación paterna que niños con padres fríos (Sears 1953). Resultados similares se han encontrado en adolescentes (Payne y Mussen 1956). Mussen y Distler (1958) concluyen: “Los chicos jóvenes tienen mayor propensión a identificarse con sus padres y por tanto a adquirir intereses masculinos, si perciben a sus padres como fuente de apoyo” (p. 353). Los mismos investigadores encontraron una conexión entre una alta masculinidad y la percepción del niño de su padre como fuente de ternura *y* también como el que castiga.

Los fallos en la identificación de género a través de la relación con el padre pueden deberse a diversas influencias, incluyendo las siguientes:

***1. Una relación más satisfactoria con la madre*.**

La teoría del aprendizaje nos enseña como la recompensa (e. g. afecto y atención positiva) juegan un papel importante en el proceso de identificación. Se puede ver cómo el niño tiende a rendirse a la identificación con la madre si el padre es el progenitor que ofrece menos apoyo.

2. *Carencia de un padre con personalidad suficientemente destacada*.

La capacidad del padre para hacer aflorar una identificación masculina en el hijo depende de dos factores. Primero, su presencia como una influencia fuerte en el hogar; segundo, su afectuosidad, disponibilidad y empatía (Ross 1979). Tal vez la mejor forma de describir esta combinación de cualidades es una personalidad “relevante”. De hecho, la misma definición de destacar, “algo que se proyecta hacia fuera, o hacia arriba, respecto a lo que le rodea”, ofrece una metáfora de la masculinidad. Dominio más afecto igual a padre destacado.

Dominio se refiere a lo siguiente: en la literatura psicoanalítica temprana, el niño es visto como identificándose con el padre por miedo. Esto es conocido como “identificación con el agresor” (A. Freíd 1946). El padre altera la relación confortable, simbiótica, de afecto del niño con su madre. El niño debe afrontar este reto, porque la recompensa que el padre ofrece –afecto, atención, incluso posesiones materiales- depende de esta respuesta. El padre tiene que ser fuerte y suficientemente atractivo para inducir al niño a dejar la relación confortable y de identificación inicial con la madre.

El afecto se define como: calidez, aceptación, presencia y accesibilidad, cuidado y demostración física de afecto por el niño. El afecto de la madre es más incondicional. Sin embargo, desde que el padre media entre el niño y la realidad, su afecto es más propenso a ser condicional.

3. *Fracaso en el apoyo a la autonomía*.

El niño pequeño aprende dos tareas fundamentales durante el mismo período de desarrollo: la formación de la identidad autónoma (incluyendo el desarrollo de un sentido de poder personal) e identificación sexual. En particular para el niño estas dos tareas son muy interdependientes ya que el poder personal refuerza el sentido de masculinidad y la masculinidad refuerza el sentido de poder personal.

Algunos padres se sirven del afecto hacia el niño como una forma de satisfacer sus propias necesidades narcisistas, queriendo al niño en una forma controladora y centrada en sí mismo. El afecto no es suficiente si el padre fracasa en fomentar la autonomía masculina del niño. Cuando el amor es utilizado como una palanca en contra de los esfuerzos del niño por desarrollar su masculinidad, se sabotean tanto el poder personal como el desarrollo sexual.

La autonomía masculina puede verse frustrada tanto por la *sobre-protección* como por la *sobre-dominación*. Friedberg (197) hizo la siguiente observación: "los niños que llegan a ser homosexuales son aquellos que han sido bien mimados o que se han encontrado a sí mismos en una posición inferior" (p. 202).

4. *Ausencia del padre*.

Numerosos estudios muestran que la ausencia del padre en niños puede dar como resultado la dependencia, falta de afirmación, y/o una identidad masculina más débil (Apfelberg 1944, Bach 1946, Badaines 1976, Biller 1968, 1969, Hetherington 1966, Santrock 1970). En un estudio sobre ochenta niños de marineros noruegos que se encontraban lejos de casa durante largos periodos de tiempo, los niños mostraron en general inmadurez, peor encaje con sus compañeros, y mayores dificultades con la identificación con el padre (Lynn y Sawrey 1959).

Existe una clara evidencia de que los niños con padres ausentes son capaces de un ajuste heterosexual si no han experimentado el rechazo por parte de una figura masculina. Sin el impulso a protegerse del daño, pueden crecer con una actitud de confianza y receptiva hacia las figuras masculinas. Porque la causa primera de la homosexualidad no es la ausencia del padre sino el des-apego afectivo defensivo contra el rechazo masculino. En tanto el niño permanece abierto a la influencia masculina, podrá encontrar alguna figura masculina con la que completar sus necesidades. Todo hombre tiene una necesidad sana de intimidad con otros hombres. Este deseo emerge en la infancia temprana y se satisface primero con el padre y más adelante con los compañeros masculinos. Cuando esto se ve frustrado, la atracción homosexual emerge como una "impulso reparador" (Moberly 1983, p ix).

Hay muchos factores que afectan al fracaso del niño para identificarse con el padre. El predominio de la madre, una madre más complaciente y las necesidades narcisistas del padre están entre los factores que contribuyen. Pero el factor central sigue siendo el padre y si es capaz de crear una relación suficientemente destacada para estimular el desarrollo de la identidad sexual.

Capítulo 5

FORMACIÓN DEL VÍNCULO PADRE-HIJO

EL PADRE COMO PRINCIPIO DE LA REALIDAD

La relación de la madre con el niño, tal como hemos explicado, es normalmente simbiótica e incondicional. Cuando se acerca al primer símbolo del mundo externo –el padre-, el niño afronta su primer verdadero reto de ser aceptado. El padre simboliza la fuerza, independencia y dominio del entorno.

El manejo correcto de la relación padre-hijo es crucial. Cuando se produce un fallo traumático en relación con el padre, el niño se verá limitado seriamente. La relación con el padre representa la tarea vital de equilibrar las necesidades internas con las expectativas y requerimientos externos. La relación con el padre refuerza el Principio de Realidad (Freud 1949) para el niño.

ASPECTOS FÍSICOS DE LA RELACIÓN PADRE-HIJO

Durante la infancia del niño, la mayoría de los padres se han sentido incómodos en el cuidado y manejo del frágil recién nacido. Más adelante, a medida que el niño entra en el estado superior de exploración incansable del entorno que le rodea, sus altos niveles de actividad ofrecen un campo común a través del cual él y su padre se encontrarán unidos. Una vez libre para aventurarse cada vez más lejos de la madre, el niño descubre que papá tiene atributos específicos, distintos de mamá, “papá hace cosas”. En el padre existe una intrepidez física, una energía masculina que el hijo encuentra llamativa.

Las relaciones padre-hijo siempre se han basado en el compartir una actividad física. De hecho, la necesidad del niño de “que se le enseñe como” es característica de su relación con su padre durante el periodo pre-Edipo (Herzog 1980). El fenómeno de identificación física, de comportamiento, parece ser el resultado del hecho de “hacer cosas juntos” padre e hijo. Como uno de los primeros compañeros de juegos de su hijo, el padre reta al hijo con su forma de interacción masculina. Al tiempo que establece límites razonables, el padre está fomentando la energía y optimismo juveniles del niño. El hijo aprende del padre que el peligro puede ser divertido y excitante.

No sólo en la niñez sino también en el período adulto, el hacer cosas juntos es lo que caracteriza la forma en que los hombres se relacionan. Los hombres tienden a ver sus cuerpos en función de su fuerza, agilidad y acción y necesitan relacionarse a un nivel físico. A diferencia de los hombres, la mayoría de las mujeres pueden relacionarse de una forma estática, simplemente sentándose y hablando cara a cara. De igual forma, mientras que los hombres ven sus cuerpos en términos de cómo actúan, las mujeres tienen una tendencia a ver sus cuerpos en términos de su aspecto

como objetos estáticos (Francio 1989). Y por tanto la tarea de desarrollo del niño es encontrar la forma normal masculina, orientada a la acción en su cuerpo e involucrarse en su relación con otros hombres.

Los niños con confusión en la identidad sexual se sienten a menudo atraídos por el vestir y estar guapos, mientras que no tienen ningún interés (de hecho, más bien una resistencia) por hacer cosas con sus padres. No todos los niños pre-homosexuales evidencian este comportamiento femenino pero con frecuencia presentan grandes carencias de esta dimensión del desarrollo consistente en la relación temprana entre padre e hijo. Posteriormente en la vida se sentirán atraídos por esta mística de la intrepidez, fuerza y poder masculino.

En generaciones anteriores, era el trabajo del día a día lo que unía a padre e hijo. Tradicionalmente tenían una relación funcional basada en tareas compartidas. El hijo veía a su padre enfrentar los retos de la vida, era testigo de la lucha de su padre contra el suelo, con los cultivos, las herramientas y el tiempo. O tal vez el padre tenía un pequeño negocio en el que el niño ayudaba. Tenía la posibilidad de adquirir un sentido del trabajo de su padre y, por tanto, de visualizar su propio lugar en el mundo masculino.

La tecnología actual y la división del trabajo han erosionado el campo común sobre el que se formaba la relación padre-hijo. Hoy, el niño con frecuencia no comprende el trabajo de su padre. Con frecuencia está lejos de casa y a menudo es técnico y está más allá de la comprensión del niño. Debido a la desvinculación del trabajo del padre con respecto al hogar, los hombres de hoy están desvinculados de sus hijos y, como consecuencia, el niño hoy ve al padre con ojos femeninos. El vínculo entre el padre y el hijo se ha distorsionado y diluido por esta perspectiva femenina. La madre le dice al hijo quién es papá, cómo es y qué siente. Hoy tenemos que crear artificialmente con frecuencia relaciones que padres e hijos puedan compartir, tales como pequeñas ligas deportivas, boy scout y viajes de acampada. Aún cuando sean actividades planificadas, son un importante medio para la vinculación masculina que posibilita el campo de trabajo para la identificación masculina.

INICIACIÓN A LA MASCULINIDAD

A través de la historia del mundo, la transformación de niño a hombre ha requerido el reto de un ritual de iniciación. Estas pruebas han sido siempre una parte importante de la conciencia humana de los hombres (Bly 1990, Campbell 1971). El ritual de iniciación masculina conlleva la muerte del ser pre-masculino del niño y el nacimiento a la hombría. Con los elementos de peligro, vulnerabilidad y la amenaza simbiótica de la aniquilación, el niño recorre una prueba para determinar si es suficientemente fuerte y sabio para ser merecedor del status de hombre.

La primera prueba de iniciación se verifica durante la fase de separación-individualización, cuando el niño comienza a verse como una persona independiente y se aproxima al padre. A medida que crece y su relación se desarrolla, aprende que su padre -que representa la realidad del mundo exterior– le hará requerimientos que deberá cumplir. Porque el amor del padre no es incondicional: el niño debe trabajar para ser aceptado por el padre.

Todos los ritos de iniciación a la hombría conllevan alguna prueba personal en la que participa un hombre adulto. Si el niño la supera con éxito, el rito culmina con el reconocimiento por parte de ese hombre, que le traspasa el poder transformador de la energía masculina. Esta iniciación se lleva a cabo en un nivel dramático en culturas como la tribu Sambia de Nueva Guinea (Stoller y Herat 1981). En esa cultura se le da un gran valor a la masculinidad. Los hombres Sambia creen que la masculinidad del

niño está amenazada por una intimidad excesiva con la madre. Durante el rito de paso a la hombría, los niños son apartados de sus madres y sus hermanas y llevados al bosque. En un ritual que a veces llega a ser brutal y estremecedor, el niño es re-socializado en la hombría para que sea valiente, masculino, un marido y un padre.

El rito de iniciación Sambia ilustra las siguientes cuestiones:

1. La identificación prolongada con la madre es una amenaza para la masculinidad del niño.
2. La masculinidad sólo puede ser transmitida por otros hombres.
3. La masculinidad es un bien preciado que hay que ganarse, no sólo adquirirlo.

Donde se da una lucha por la experiencia del reconocimiento, encontramos una plena masculinidad y heterosexualidad. No así en el caso de la homosexualidad. No hay una lucha directa, confrontación o competencia. Incluso cuando hay hostilidad con el padre, no es nunca una "justa" competencia con la posibilidad de que el niño salga ganando. Al contrario, nos encontramos con una competencia con la figura del padre indirecta y aniquiladora, en especial en el alineamiento subversivo del niño con la madre. El niño conspira con la madre para erosionar, re-huir y esquivar al padre

La homosexualidad es una forma de alienación de la figura masculina: durante la infancia, del padre, y en la vida adulta, de los propios compañeros. Mediante la erotización de lo que se encuentra des-identificado, el homosexual se encuentra buscando aún esta iniciación en la masculinidad a través de otros hombres.

Capítulo 6

EL FRACASO EN LA RELACIÓN PADRE-HIJO

Estudios recientes sobre el desarrollo homosexual han empezado a poner especial énfasis en el significado de la relación padre-hijo (Bene 1965, Biller 1974, Greenson 1968, Moberly 1983, Payne 1981, 1984, 1985, van der Aardweg 1986, Yablonsky 1982). Esto contrasta con los primeros estudios psicoanalíticos sobre la homosexualidad que ponían mayor énfasis en la influencia de una madre posesiva, intensa y dominante (Freud 1910, 1921).

ESTUDIO SOBRE LAS CARENCIAS EN LA RELACIÓN PADRE-HIJO

Estudios clínicos y empíricos han encontrado que los homosexuales son más propensos que los heterosexuales a haber tenido un padre distante, hostil o relaciones de rechazo infantil con el padre (Allen 1962, Bell et al. 1981, Bene 1965, Bieber et al. 1962, Ferenczi 1914, Freíd 1905, Jonas 1944, Milic y Crowne 1986, O´Connor 1964, Schofield 1965, Shearer 1966, Siegalman 1974, Tornes et al. 1980, West 1959, Yablonsky 1982).

Algunos estudios han sido criticados por utilizar poblaciones de pacientes. En respuesta a esto, Evans (1969) y Apperson y McAdoo (1966) utilizaron sujetos homosexuales que no estaban en psicoterapia. Estos sujetos también presentaban una tendencia mayor a percibir a sus padres como críticos, fríos, impacientes y desapegados. Evans averiguó que estos padres habían pasado menos tiempo con sus hijos homosexuales en la infancia y que habían estado menos disponibles para fomentar su masculinidad. Relaciones deficientes con el padre y posteriormente la búsqueda de atención y compañía masculina se encuentran con frecuencia en las crónicas de homosexuales: “En mi vida nunca toqué a mi padre. Ni siquiera podía estrecharle la mano. Todo era a distancia. Todo era muy formal. Yo sentía que quería estar más cercano a él” (Gottlieb 1977, p. 28).

Las cualidades masculinas que se ponen de manifiesto en una relación sana de padre-hijo son la confianza e independencia, la auto-afirmación y el sentido de poder personal. Cuando pacientes homosexuales relatan que se sienten atraídos por otros hombres, las cualidades masculinas que se habrían puesto de manifiesto en una relación sana entre padre-hijo salen a relucir una y otra vez: auto-afirmación, confianza en uno mismo, control de la propia vida, liderazgo, decisión y poder.

En un estudio sobre cuarenta hombres homosexuales, Brown (1988) señala “Para los hombres, la presencia de un buen padre amoroso durante el desarrollo es probablemente la mejor prueba contra el desarrollo homosexual… no puedo pensar en ningún caso… en el que un padre así haya estado presente en los primeros años del desarrollo” (p. 21).

Friedman y Sern (1980) están de acuerdo al describir “una relación duradera padre-hijo” como “un agente preventivo con respecto al desarrollo homosexual” (p. 43/). Socarides (1976) dice que: “Los homosexuales describen a su padre constantemente bien como una figura débil, distante, en la sombra, o como frío, enfadado y brutal” (p. 145). Y Bieber (1962) concluye: “Hemos llegado a la conclusión de que un padre

cariñoso, constructivo, solidario, *previene* la posibilidad de un hijo homosexual" (p. 311).

Estudios más recientes de padres de homosexuales sugieren que conclusiones como la de Bieber son demasiado extremas. Algunos homosexuales (en particular aquellos sin evidencia de déficit en la identidad sexual) no han tenido problemas especiales en la relación con el padre. Sin embargo, la evidencia clínica indica que una deficiente relación padre-hijo es lo predominante a pesar de todo.

TIPO DE IRA EN LA CONFRONTACIÓN CON EL PADRE

Aunque los hombres heterosexuales puedan describir a sus padres de forma desfavorable, los hombres homosexuales sienten un *mayor rechazo hacia su padre como modelo*. Esto parece ser un rasgo diferenciador. Con frecuencia he percibido resentimiento en los pacientes homosexuales. Los padres suelen destacar que sus hijos parecen mantener un antagonismo inconfesable que aflora inesperadamente. Y mientras que los pacientes heterosexuales pueden quejarse acerca de sus padres, raramente sacan a relucir esas mismas cualidades de resentimiento, dolor, decepción e inhabilidad para comprender a sus padres.

Cuando los hombres heterosexuales expresan decepción con sus padres, normalmente hay menos frustración, amargura y sentimiento de víctima. Tienden a ser mucho más abiertos y expresan más fácilmente su ira hacia el padre.

He trabajado con muchos jóvenes heterosexuales que todavía buscaban la aceptación y aprobación de sus padres. Algunos de estos hombres han sido aconsejados en sesiones conjuntas con el padre en un intento de sanar la relación rota. Aquí veo menos desequilibrio de poder entre padre e hijo, presentando los hijos un mayor sentido de autoestima. Los hijos son capaces de comunicarse con un mayor grado de igualdad y hay menos dolor profundo y necesidad de aprobación. Cuando un hombre heterosexual desconfía de otros, esta desconfianza no está dirigida específicamente hacia los hombres. En el caso de lo homosexuales, la desconfianza y la tensión se dirigen principalmente hacia las personas del mismo sexo.

Estas hostilidades no resueltas hacia otros hombres son evidenciadas de muchas formas. Gottlieb (1977) hace referencia a "la puñalada en la espalda verbal y el cotilleo malintencionado que marcan la vida gay" (p. 81). Describiendo el funcionamiento de las organizaciones homófilas, un escritor gay, Barry Dank (1974), retrata esta situación irónica:

> *Basándome en mis observaciones del modo de funcionamiento interno de un número de organizaciones homófilas, he formulado la hipótesis de que el éxito individual es un indicativo de fracaso futuro –es decir, cuanto más éxito tiene el líder, más probable es que los demás se levanten contra él. Es raro el líder homófilo que sea capaz de evitar las trampas del éxito. … además, el líder homófilo puede padecer un alto grado de inseguridad. En este caso… su propia inseguridad puede motivarle a emprender acciones que tienden a soslayar a sus seguidores. Esas acciones producen con frecuencia aún mayores celos en los seguidores y refuerzan su deseo de emprender acciones contra él. (p. 193)*

Los pacientes homosexuales con frecuencia relatan sentimientos de depresión y de estar fuera de control después de volver de casa de sus padres y de haber visto sus incipientes sentimientos de masculinidad sacudidos. En lo que parece un intento de recuperar esta identidad amenazada, en ocasiones acuden a un encuentro sexual impulsivo tras esta visita.

EL PADRE COMO MISTERIO

He visto repetidamente el aferramiento del homosexual a la decisión de no ser el tipo de hombre que es su padre. Y paradójicamente, "quien es" continúa siendo un misterio. El hijo puede pasar su vida adulta intentando comprender a su padre, quién es su padre, en qué consiste.

Estos tres temas principales emergen a medida que los pacientes atraviesan la primera etapa en el intento de comprender a sus padres. Los padres son descritos a menudo como críticos, a menudo ineficaces y siempre misteriosos. Un paciente afirma:

> *Mi padre siempre estaba haciendo algo… quitando las hojas, cortando madera o arreglando el coche. Aunque físicamente estaba siempre ahí, yo no sabía mucho de él porque mi madre siempre lo controlaba todo. Ahora me doy cuenta de que en realidad, él nunca formaba parte de lo que ocurría en nuestra familia.*

Otro paciente explicaba:

> Conozco a mi padre pero no sé nada de él… tienes que leer por encima de las cosas y recoger pistas. A veces me pregunto ¿está realmente enfadado o lo está fingiendo?
>
> Un día, en un arranque de furia, le dije a mi padre, "eres un completo misterio. No hay quien te entienda" y le dije que lamentaba tener que adivinar y tener que intentar "leer" su pensamiento todo el tiempo. Finalmente me di cuenta de que no valía la pena intentarlo –es simplemente una carga demasiado pesada.

"Otras voces, otras habitaciones", fue la primera novela publicada del autor gay Truman Capote y es considerada como autobiográfica. En ella cuenta la historia de un niño tímido, soñador, en busca del padre que le abandonó en su infancia. Capote dice en el prefacio del libro que "el tema central… era mi búsqueda de la existencia de esta persona esencialmente imaginaria" (1948, p. xv). La búsqueda de un padre amoroso también se refleja en la obra autobiográfica del también escritor gay J. R. Ackerley, "*Mi padre y yo"*. Aquí podemos ver la intensa y dolorosa búsqueda del padre al que nunca comprendió. Tras la muerte de su padre, Ackerley reflexiona:

> *Mi tendencia era a culparme a mí mismo por el fracaso en nuestra comunicación… excepto en los temas de salud, nunca le di una preocupación. ¿Como puede alguien esperar confianza de una persona a quien mira más como una pieza útil del mobiliario que como un ser humano? Y… sin embargo, si bien no me tomaba interés por él… el podría haber captado mi interés si hubiese querido… pero o no era consciente de esto o… no quería. (pp. 175-176)*

Algunos pacientes se dan cuenta de la conexión entre la atracción homo-erótica y la necesidad de reparar la relación fracasada con el padre. Como explicaba un paciente de 30 años:

> *Mi padre era un elemento nulo en mi vida y recientemente me he dado cuenta de que todos los hombres con los que he tenido una relación se parecían a él. Mi primer amante, Jack, era alto, mayor, de piel oscura y con barba. Aunque yo tenía 25 años me sentía como si tuviera 15, y le llamaba "papi". Me sentía tan bien, tan cómodo, cuando estaba con él.*

Durante el resto de su vida, el homosexual intenta comprender a su padre. Para él, tanto el padre como la masculinidad siguen siendo misteriosos y elusivos. Si el padre era hostil y antagónico, entonces se convierte en un *misterio confuso*. Si el padre era emocionalmente distante e inadecuado, entonces se convierte en un *misterio deseado*.

PADRES DE HOMOSEXUALES

Una revisión de la literatura padre-hijo sugiere que los padres de homosexuales con frecuencia no tuvieron éxito en proporcionarles una relación lo suficientemente destacada como para propiciar la salida del niño del universo de la madre. Una figura paterna relevante requiere fuerza y benevolencia. Algunos padres eran fuertes pero no benevolentes y otros eran benevolentes pero débiles. En general vemos padres a los que les faltó una personalidad relevante, ya fueran críticos y duros o pasivos y distantes. La actitud del padre hacia el hijo raramente es hostil de manera constante. Con frecuencia es profundamente ambivalente y contradictoria. De hecho, el padre puede expresar sinceramente su deseo por el bien del hijo.

Para dibujar los rasgos comunes de los padres no podemos simplemente categorizarlos como “malos” o “inadecuados”. Es importante dejar claro que muchos padres de homosexuales no tienen más culpa que cualquiera que se ha encontrado frente a un conflicto irresoluble con alguien a quien ama. Por razones que él mismo no comprende, él mismo se siente rechazado por el hijo, una víctima del propio des-apego de su hijo.

Algunos de estos padres se han sentido muy preocupados por sus hijos. Un hombre, que demostraba un compromiso sincero con la terapia de su hijo homosexual de 15 años, reconocía: “Recuerdo cuando eras un bebé tenerte en mis brazos y pensar para mí mismo: Sólo quiero lo mejor para ti. Quiero darte la mejor oportunidad de ser la mejor persona que puedas ser”.

¿Qué es lo que falló?, podemos preguntarnos. En su caso, este padre se había casado con poco más de 20 años, cuando descubrió que la madre del niño estaba embarazada. El matrimonio fue un desastre y al poco tiempo siguió un divorcio. La vida misma del padre se convirtió en un caos y era incapaz de atender las necesidades emocionales de su hijo.

Muchos padres no se caracterizan en absoluto por carencias de personalidad explícitas. Un padre en otro tiempo sensible y amoroso puede convertirse en inasequible emocionalmente debido a situaciones como su ausencia, problemas económicos o emocionales derivados de una nueva familia o una relación difícil con la madre del niño.

DÉFICITS EXPLÍCITOS DE PERSONALIDAD

Aunque no siempre sea evidente para nosotros el por qué el niño pudo haber experimentado el rechazo del padre durante el período crítico de desarrollo, en algunos casos vemos que el padre sí tiene déficits explícitos de personalidad. Estos rasgos incluyen con frecuencia el egocentrismo, el narcisismo, el carácter crítico y la frialdad. A veces un padre que es cariñoso y que se preocupa conscientemente por su hijo, puede aún así fallar en la comprensión de su hijo de una forma genuina. El padre se puede sentir amenazado por la individuación de su hijo o incluso por su presencia en la familia. Puede transmitirle a su hijo sus problemas no resueltos de hostilidad y rivalidad con su propio padre o hermanos mayores. Esto puede ser en el plano consciente o en el subconsciente.

El padre debe estar suficientemente seguro de su identidad masculina para promover la formación de la identidad de su propio hijo. Un padre que se siente amenazado puede proyectar sus inseguridades sobre su hijo en un tiempo crítico en la formación de la identidad sexual. Un padre puede comportarse muy adecuadamente con algunos de sus hijos mientras que proyecta necesidades inmaduras o neuróticas sobre el hijo homosexual. Se establece así una dinámica negativa, en la que participan padre e hijo. Durante el resto de sus vidas perpetúan sin saberlo esta relación mutuamente frustrante. Pero una vez que se forman los vínculos masculinos, las posibles decepciones futuras o rechazos, del padre o de otros hombres, aún cuando produzcan heridas emocionales, no afectarán a la identidad sexual. De hecho, muchos niños, durante el periodo crítico de la identificación sexual, pueden a veces rechazar al padre. Sin embargo, un padre sano y con un papel emocional destacado puede restablecer la relación. La variable crítica puede ser la capacidad del padre de estar ahí "para" su hijo, en vez de esperar que el hijo satisfaga sus expectativas para darle a cambio su aceptación.

Un paciente describía las cualidades narcisistas de su padre como: "Cuando volví de Sudamérica, algunos parientes venían a casa y querían que les hablase sobre mis vacaciones. Y mi padre no me dejaba contarles mi historia. Era su historia. Yo acabo de aterrizar y él es el que está contándoles sus historias".

Una crítica a menudo repetida acerca del padre es su distanciamiento emocional de la familia. Aunque pueda parecer fuerte, puede haber fracasado en asumir la responsabilidad de la vida familiar. Los padres de los homosexuales son descritos frecuentemente como desapegados, no colaboradores, esquivos y no involucrados en los asuntos de la familia excepto para manifestar sus críticas.

Algunas veces el darse es extremadamente difícil o conflictivo para los padres y pueden situar al hijo en el papel de "cuida de mamá por mí". A menudo está al margen de los temas familiares o demasiado involucrado en los suyos propios, falto de sincronización con lo que está ocurriendo. La madre está ocupada organizando las cosas, los niños buscan un liderazgo y su padre no está involucrado. Un paciente describía a su padre como:

> *Recibes críticas… no está satisfecho a menos que se pueda quejar. Se aparta, nos deja hacer el trabajo y luego llega para criticarlo todo.*
>
> *Cuando estás limpiando la cocina, estará allí, sentado, diciéndote cada movimiento que debes hacer pero no moverá un dedo. El no lo hará pero se asegurará de que tú lo hagas a su manera.*
>
> *Mi familia le dio a mi padre mucho poder que no merecía. El no era el verdadero líder, él no era la persona fuerte. Mi madre le dio mucho poder porque pensaba que era lo correcto. Ella decía "ve y pregúntale a tu padre". ¿Preguntarle a mi padre? Eso parecía una broma.*
>
> *Mi padre estaba siempre en la retaguardia. Si le preguntabas algo te decía que le preguntaras a alguna otra persona. No era capaz de tomar ninguna decisión.*

Muchos padres de homosexuales tienen relaciones de dependencia pasiva con sus mujeres. Es como si se sintieran amenazados por sus hijos, viéndolos como demasiados hombres en la casa. Tengo la sospecha de que estos hombres tuvieron que competir con frecuencia con sus hermanos por la atención de su madre.

Un retrato artístico de un tipo común de padre de homosexual puede verse en la obra del pintor gay David Hockney "Retrato de mi padre" (1955). De igual forma, en "Mis padres", podemos ver a la madre involucrada mientras que el padre está preocupado de forma tensa y distante.

El tipo de padre frío, narcisista y desapegado es descrito por John Rechy (1963):

> *Yo aborrecía las Navidades.*
> *Cada año mi padre ponía un Nacimiento… una elaborada escena de Navidad, con casas, los Reyes Magos de camino al portal, ángeles sobre nubes de algodón… Semanas antes de Navidad mi padre empezaba a construirlo, y cada día, cuando yo volvía del colegio, mi padre me hacía permanecer junto a él mientras trabajaba… Algunas veces pasaban horas hasta que me pedía que le ayudase pero tenía que estar allí, sin hablar (p. 17).*

En estos casos, el niño es visto como una amenaza narcisista por el padre. Ross (1960) se refiere a esta dinámica como “rivalidad con el producto”.

PARTE II

LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS

Finalmente, sometí mi alma a algunas evaluaciones. ¿Qué era lo que mantenía vivos algunos sentimientos homosexuales? Descubrí la falta anormal de sentimientos que tenía hacia mi padre. Mirando más de cerca, Tomé conciencia de los sentimientos de ira y resentimiento que tenía hacia él y que había reprimido durante años.

-Andy Comiskey

Capítulo 7

PROBLEMAS INSERTOS EN LA NIÑEZ

EL DESAPEGO DEFENSIVO EN LA INFANCIA

El niño pre-homosexual ha experimentado generalmente dolor y decepción en la relación con su padre. Esta herida puede ser el resultado de un abuso activo o simplemente de una negligencia pasiva. El niño reacciona a esta herida pasando por dos fases. Si su apertura hacia su padre es ignorada o rechazada y continúa sintiéndose frustrado con la falta de afirmación por parte de su padre, el niño puede caer en una estrategia que es común a todos los niños de su edad que se sienten frustrados: la protesta (Dallas 1990). Este periodo de protesta incluirá llorar, suplicar y un comportamiento disruptivo.

En el ambiente familiar poco saludable estas muestras de protesta son ignoradas y en algunos casos castigadas. Esto enseña al niño la lección de que la protesta directa no le lleva a ningún sitio, de hecho empeora las cosas. Cuando los padres no responden a la protesta del niño, en algunas ocasiones éste cae en un sentimiento de impotencia y se rinde en la lucha. La lección aprendida de esta protesta fallida es que no tiene otra alternativa que retirarse hacia su madre con un sentimiento de debilidad, fracaso, depresión y victimismo. Como protección hacia el sufrimiento futuro, el niño se desapega defensivamente del padre (Moberly 1983). Este estado de autoprotección final es experimentado subjetivamente como “nunca más” (Schechter 1978). Dice “te rechazo a ti y a todo lo que tú representas”, es decir, a la masculinidad. Posteriormente, en la niñez expresará indirectamente su ira ignorando a su padre y negando que tenga alguna importancia en la familia, conspirando con la madre en connivencia contra el padre.

El des-apego afectivo se hace particularmente aparente cuando el niño pre-homosexual está en el periodo de latencia, entre los 5 y 12 años. Generalmente presenta miedo y precaución con respecto a los niños de su edad, manteniéndose cerca de su madre y tal vez abuela, tías o hermanas mayores. Se convierte en “el niño de la ventana” que ve a sus compañeros jugar de forma agresiva y eso a él le parece peligroso. Se siente atraído por los otros niños a la vez que se siente asustado por lo que hacen. El desapego defensivo le aísla emocionalmente de los otros varones y de su propia masculinidad. Las mujeres le son familiares, mientras que lo masculino le resulta misterioso.

Así, cuando las necesidades sexuales comienzan a buscar su cauce de expresión en la temprana adolescencia, es comprensible que la dirección de los intereses sexuales de un chico con estas características se aleje de lo familiar y se enfoquen hacia lo inalcanzable. No sexualizamos lo que nos resulta familiar. Nos sentimos atraídos por los que son “diferentes a mí”.

Otra lección adicional también nociva se aprende para el resto de la vida. Habiendo aprendido que la aserción directa – al menos en relación a otros hombres – resulta inútil, se percibirá a sí mismo como pasivo y débil en relación a sus compañeros.

CONDUCTA SEXUAL TRANSVERSAL

Se ha encontrado una correlación entre la homosexualidad y el comportamiento no masculino en la niñez. En un estudio entre 575 homosexuales y 284 heterosexuales,

Bell et a. (1981) encontraron que la correlación más significativa con la homosexualidad adulta era la “disconformidad de género” en la niñez. Friedman (1988) sintetizó una revisión reciente de la literatura sobre el tema como: “en la mayoría de los casos, la homosexualidad en la etapa adulta está precedida por algún tipo de trastorno de género en la pre-pubertad” (p. 212). En un estudio de 1980, Friedman y Stern afirman: “aunque éramos muy conscientes de que los jóvenes pre-homosexuales tienden a evitar las actividades agresivas, nos quedamos atónitos al ver la universalidad de este hallazgo” (p. 436). En un estudio a lo largo de 10 años de dieciséis chicos afeminados, Zuger (1978) encontró que el 75 por ciento se convirtió en la madurez en homosexual, travestido o transexual. Zuger se refiere al afeminamiento en la niñez temprana no sólo como un indicador de homosexualidad sino como el primer estado de homosexualidad en sí (1988). Money y Russo (1979) estudiaron a once niños con confusión en la identidad sexual hasta la madurez y todos excepto dos se convirtieron en homosexuales.

Según Hockenberry y Billingham (1987), los cinco discriminadores más potentes en la determinación de la orientación sexual del niño son:

1. Si juega con niños o niñas
2. Su preferencia por los juegos de niños o de niñas
3. Si se imagina a sí mismo como un ídolo deportivo
4. Si lee historias de deportes y aventuras
5. Si se considera a si mismo como afeminado

Hockenberry y Billingham encontraron que una ausencia de comportamientos masculinos en el niño es un indicador aún más fuerte de homosexualidad que la presencia de rasgos femeninos.

En la réplica de Evans (1969) del clásico estudio de Bieber con el mismo cuestionario pero sobre una muestra no de pacientes, los homosexuales frecuentemente se describen a sí mismos como niños frágiles. Solían tener miedo a dañarse, evitaban las peleas físicas, jugaban más con chicas y se describían a sí mismos como solitarios que rara vez practicaban juegos competitivos de niños.

En un gran estudio – sobre 1.400 homosexuales y 200 heterosexuales – Harry (1982) encontró que un número significativamente mayor de homosexuales que de heterosexuales recordaban haber sido llamados “mariquitas”, ser socialmente solitarios y querer estar con niñas, jugar con niñas, e intercambiarse la ropa con niñas.

En un estudio entre 89 hombres homosexuales, Saghir y Robins (1973) también encontraron que el 65 por ciento recordaba un síndrome de “afeminamiento” que se caracterizaba por evitar el juego con otros chicos, aversión a los juegos y actividades de niños e interés por jugar con muñecas. Green et al- (1987) también encontraron que los niños que asumían con frecuencia un papel femenino en los juegos estaban asociados también con la orientación homosexual en la edad adulta. En un estudio de 206 hombres homosexuales y 78 heterosexuales, Whitam (1977) encontró diferencias significativas con respecto a todos los siguientes rasgos en la niñez: (1) interés en las muñecas, (2) vestirse de niña, (3) preferencia por la compañía de niñas en los juegos, (4) preferencia por la compañía de mujeres mayores más que de hombres, (5) ser visto por los otros chicos como afeminado, y (6) interés sexual por otros chicos más que por las chicas en los juegos sexuales infantiles. Más aún, se encontró que a mayor número de indicadores infantiles, más fuerte la orientación homosexual en la edad adulta.

Se ha encontrado una puntuación más baja entre los homosexuales en la Escala de Agresividad Física (Freund y Blanchard 1987) y presentar inhibiciones en la expresión de la agresión y autoafirmación en situaciones sociales (Whitener y Nikelly 1962). Algunos estudiosos sospechan que tal vez en algún nivel, consciente o inconsciente, la madre comunica alguna expectativa de comportamiento femenino (Green 1987,

Millar 1958, Wolpe 1969). En algunos casos de confusión de sexo en la niñez, se ha encontrado alguna forma de connivencia oculta de uno o los dos padres con el niño (Money y Russo 1979). Tal como señala Green, si los padres no desincentivan activamente el comportamiento femenino, su neutralidad puede ser interpretada como aceptación (correspondencia privada). Esta dinámica es descrita por un paciente de 43 años:

> *Mi amigo me tomó una fotografía vestido de mujer a la salida de un bar en San Francisco. Más adelante, le enseño la fotografía a mi madre. Mi primer sentimiento fue de vergüenza pero luego pensé: "bueno, madre, ¿no es esto lo que tú querías?"*

El niño que está desarrollando la homosexualidad tiende a preferir la compañía de niñas. Sin embargo el niño pre-heterosexual tiende a presentar cierto rechazo hacia las niñas. Tiene una necesidad de diferenciarse fuertemente como hombre a fin de solidificar su imagen masculina. La intensidad de la energía invertida en el rechazo a las niñas sugiere una reacción de formación –tal vez contra el deseo inaceptable de regresar a una identificación femenina. Frecuentemente se sumerge en clubes de "chicas no permitidas", deportes de equipo, campeonatos, apuestas, actitudes pretenciosas y retos –los medios a través de los cuales los chicos compiten unos con otros para reconocerse e identificarse unos con otros.

Los trastornos en la identificación de sexo en la niñez están relacionados con "psicopatologías y patologías familiares" (Friedman 1988, p. 212). Pero hay críticos que se oponen al tratamiento de los trastornos sexuales en la infancia. Stein y Cohen (1986) piensan que es más bien la desaprobación paterna de la disconformidad sexual lo que debería ser tratado más que proveer tratamiento a los niños.

PROBLEMAS CON LOS AMIGOS DE LA INFANCIA

La mayoría de hombres homosexuales afirman haberse sentido incómodos en compañía de otros hombres, lo que presenta trazos de problemas en infancia temprana. Las investigaciones han mostrado una correlación significativa entre las dificultades en las relaciones con los compañeros masculinos de la infancia y la posterior orientación homosexual. De hecho, según la revisión de los estudios sobre el tema llevada a cabo por Van den Aardweg (1986), una relación deficiente con los compañeros es aún más frecuente en el historial de homosexuales que una relación deficiente con el padre. Lo que no significa un menosprecio de la importancia de la relación con el padre. A menudo la experiencia de rechazo por el padre tiene lugar a una edad demasiado temprana para ser recordada, mientras que los problemas con los amigos de la niñez se recuerdan con frecuencia con gran viveza.

Friedman (1988) encontró que la relaciones afectivas entre hombres estaban "distorsionadas frecuentemente de una forma dolorosa durante la etapa juvenil de la infancia en los hombres homosexuales" y especuló con la posibilidad de que este fenómeno fuese "de una importancia etiológica esencial" (p. 240) en el desarrollo de la homosexualidad. Los pacientes homosexuales se describen a si mismos de forma característica como sintiéndose frustrados y rechazados en la niñez porque se sentían débiles, poco masculinos y no aceptados, y por tanto se encontraban al margen de las actividades de sus compañeros masculinos. La importancia del grupo de compañeros comienza a tener una fuerte influencia ya desde la primera mitad del segundo año. La importancia de los otros chicos durante la etapa de desarrollo es puesta de manifiesto en los estudios de Fagot (1985a, b), que encontró que incluso los niños en preescolar se encontraban muy influenciados por sus compañeros masculinos, más aún que por sus profesores.

Mediante un equilibrio de confrontación y de apoyo, los niños en grupos tienen un poder único para actualizar el potencial masculino de unos y de otros. La forma única en que los chicos pre-adolescentes son capaces de atacarse y después mostrarse apoyo de forma alterna es puesta de manifiesto en la película “Stand by me”. Los chicos en grupos se enseñan unos a otros una confianza que el niño pre-homosexual, que está al margen de estas actividades, no tiene. Con frecuencia se nos presenta la imagen del niño pre-homosexual apartado de sus compañeros masculinos, mirando por la ventana a los otros niños que juegan activamente, incluso de forma agresiva. El “niño de la ventana” se siente atraído y a la vez atemorizado por ellos, deseando poder estar con ellos y jugar libremente con ellos. Envidia su intrepidez pero siente miedo de unirse a ellos. De alguna forma se siente incapaz, no preparado o con menos capacidad. En su lugar se vuelve hacia la compañía de su madre que está ocupada en la cocina. William Aaron describe esta situación en su autobiografía (1972):

> *Contribuyendo a mi refugio en la homosexualidad estaba el que yo era uno de esos niños sensibles, “artistas”, sin el talento ni el interés por las típicas actividades masculinas. Odiaba la actividad física, sobre todo los juegos y deportes, y cuando hacía un esfuerzo por integrarme en la banda de chicos, fallaba tan estrepitosamente que durante un largo tiempo sufría por la vergüenza de sentirme incapaz… fui un caso típico en el sentido de que posteriormente me sentí fuera de lugar en el mundo de los hombres, cómodo y capaz en un ambiente más esotérico (pp. 21-22,29).*

Este anhelo del niño pre-homosexual puede acompañarle durante el resto de su vida, como la ventana, el símbolo del desapego emocional. Malcom Boyd describe este desapego en “Quitaos las máscaras” (1984):

> *Cuando llegué a la adolescencia era un joven débil que leía muchos libros y era extraordinariamente intenso y solitario. Mis amistades intermitentes con otros chicos terminaban frecuentemente de forma abrupta y sin explicación. Pensaba que la culpa era mía, como consecuencia de mi ineptitud personal par mantener relaciones. La mayoría de las veces miraba al mundo exterior de los chicos de mi misma edad como un prisionero mirando a través de la ventana enrejada de una celda. Me sentía encerrado en la celda de mí mismo, y sufría por salir fuera.*

Un paciente hablaba frecuentemente acerca de la relación con un amigo en el trabajo al que se sentía muy unido. Este compañero aparentemente personificaba muchos de los rasgos masculinos de los que él sentía que carecía. Relató el siguiente sueño:

> *Era un adulto pero estaba jugando como un niño, iba sobre patines, llevando un camión de juguete rojo bajo mi brazo, de camino a la casa de este compañero. Y allí estaba, fuera de su casa, esperando que saliera a jugar conmigo.*

Este sueño simbolizaba su dificultad real. Captaba ese estado de suspenso, esa espera pasiva, receptiva, de aceptación masculina. En nuestra interpretación del sueño, el paciente llegó a darse cuenta de que la imagen representaba su propia identificación subconsciente como un niño pequeño en un estado de espera… esperando que la masculinidad llegara hasta él.

Un paciente de 32 años, queriendo comprender y sanar su relación con sus dos hermanos mayores, narra una visión particular sobre su propio desapego en la niñez:

> *El otro día estuvimos revisando las películas antiguas. Fue sorprendente lo que pude ver en mí mismo, las decisiones que se pueden hacer siendo un niño de 8 o 9 años. Pude ver mi propia actitud defensiva y de rechazo hacia mis*

hermanos. No se oía la voz pero se podía ver como cuando mi hermano nos pedía que nos pusiésemos juntos frente a la cámara, yo me apartaba de ellos. Cuando el centro de atención estaba en uno de mis hermanos mayores que estaba haciendo alguna tontería, se podía ver mi actitud: "Oh, venga, déjalo ya, estás haciendo el idiota". Recuerdo sentirme separado y diferente así muchas veces con mis hermanos.

LA ALIENACIÓN CON RESPECTO AL CUERPO

Numerosos estudios muestran al niño pre-homosexual alienado de su cuerpo. Los pacientes describen con frecuencia una excesiva modestia que tiene su comienzo en la infancia temprana. Y mientras que esta es una cualidad también presente en el desarrollo de los niños heterosexuales, en los niños pre-homosexuales es una tendencia que se prolonga en la madurez. Esta timidez se puede alternar con el exhibicionismo, como un intento de compensar la timidez. Tanto la timidez como el exhibicionismo son formas de alienación respecto al cuerpo. La modestia física en presencia de otros hombres puede empezar a mostrarse antes de la adolescencia. Tal como decía un paciente:

Recuerdo claramente cuando tenía 11 años y estaba tomando un baño y mi madre y mi tía estaban conmigo en el cuarto de baño. Hubo cierta confusión porque no salía agua del grifo y pidieron ayuda a mi tío. Cuando él entró, recuerdo que me tapé frente a él. Incluso entonces sabía que algo iba mal acerca de eso.

Otros pacientes han descrito su desconexión respecto de sus cuerpos:

A los 13 años empecé a tener pelo bajo los brazos y… ¡Oh, Dios mío! No podía ni salir a la calle.

Otro decía:

Cuando era un adolescente era muy tímido para vestir pantalones cortos porque era consciente del pelo de mis piernas. La noche antes de tener que ir al picnic del instituto intenté quitármelo, intenté afeitármelo y me quedé lleno de pequeños rasguños y estaba terriblemente avergonzado de que los otros chicos pudiesen saber lo que había hecho.

Con frecuencia la dinámica de la familia y el padre en particular no eran conscientes del malestar del niño. A causa de esta falta de atención, más tarde presentará un déficit, una necesidad de ser admirado y de que se le preste atención. Esta necesidad no satisfecha de atención masculina tiene profundas consecuencias emocionales. Para la mayoría de los hombres homosexuales el propio cuerpo es un objeto, no un sujeto. Puede estar orgulloso del mismo y deseoso de mostrarlo o sentirse inferior e intentar ocultarlo. En la mayoría de los casos será ambivalente pero en cualquier caso carece de una aceptación natural de su cuerpo. Su cuerpo continúa siendo un objeto de continua fascinación. Podemos oír la confusión de otro paciente entre la superioridad y la inferioridad:

Contraté a un fotógrafo para que me tomara algunas fotos desnudo. Era un día hermoso y pensé ¿porque no? Fuimos a un lugar apartado. Sólo quería verme a mi mismo. Nada de poses ni músculos flexionados. Ayer recibí los resultados y comencé a llorar. Pensé: "realmente soy guapo". La gente me lo había dicho antes pero realmente no les creía. Estaba tan inseguro respecto a mi aspecto que siempre había tenido citas con hombres mayores, figuras de padre que me decían lo atractivo que era.

La integración de uno mismo no puede tener lugar de forma aislada. Especialmente en la infancia temprana necesitamos a otras personas como reflejo que nos digan quienes somos. Esta es la función benévola de los padres, profesores, amigos y seres queridos. El hombre citado más arriba, al no haber unido nunca su anatomía física con su identidad interior, necesitaba de la cámara fotográfica para llenar este vacío. No podemos reconciliar aspectos alienados de nuestro propio ser sin asistencia externa. Para reflejar su masculinidad algunos hombres homosexuales usan cámaras de fotos, algunos el espejo, alguno la atención de otros hombres.

Esta búsqueda de la atención de otros hombres como intento de integrar la propia masculinidad puede explicar por qué algunos pacientes encuentran una gratificación en vestirse y simplemente sentarse en un bar gay, disfrutando una velada de atención por parte de otros hombres. Otro paciente describe cómo esta necesidad de atención por parte de otros hombres se mezcla con los sentimientos sexuales:

> *Este compañero de trabajo entra en la habitación y de repente toda la atención se vuelve hacia él y es como si yo no existiera más. Siento como si fuera una victoria importante si sólo consiguiera que me prestara atención. Es ahí donde me siento confundido por sentimientos homosexuales. No es una cuestión de "Oh, le quiero", sino una necesidad de atención… Quiero que se dé cuenta de lo que estoy haciendo. Todo eso se mezcla con sentimientos homosexuales que, objetivamente, realmente no quiero tener.*

Otro paciente describe así la desconexión con su propia identidad física:

> *De vuelta del trabajo pasé cerca de una cancha de baloncesto y allí estaban estos chicos jugando y me sentí excitado por sus cuerpos sudorosos. Gran parte del tema es que me siento excitado por lo que están haciendo, porque yo nunca me he sentido capaz de hacer esas cosas.*
>
> *Mi frustración es que cuando yo mismo me pongo a jugar, no siento placer en absoluto. Nunca he estado realmente involucrado en el juego. Es como si me mirara a mí mismo y me dijera: "¿Cómo lo estoy haciendo, soy lo bastante bueno, que estarán pensando?" y no disfruto el juego. Así que en lugar de eso acabo teniendo sexo con el chico que estaba jugando.*

LA FASE DE TRANSICIÓN ERÓTICA

Debido a que la falta de afecto, afirmación e identificación continúan sin estar resueltas desde la relación temprana con el padre, el niño pre-homosexual siente una carencia intensamente dolorosa. A una cierta edad ocurre una fase de transición, cuando el deseo de afecto y de atención masculina se transforma en una tensión sexual. El momento exacto de este desarrollo depende del desarrollo emocional del niño y de su experiencia sexual. Para la mayoría de los niños tiene lugar en la adolescencia temprana (sobre los 13-15 años). Durante esta fase estas necesidades de afecto, afirmación e identificación no satisfechas toman un intenso sentido sexual. Estos determinantes psicológicos han sido denominados "mapas afectivos" (Money, 1988), que forman como modelos de desarrollo en la mente, imaginando al amante idealizado. Un paciente relataba esta transición erótica así:

> *Mi problema era siempre una cuestión de amistad. Comenzó cuando yo tenía 10 o 11 años… no tenía amigos y los necesitaba. Estos amigos eran para mí figuras heterosexuales y yo quería conectar y sentirme más cerca, porque así me sentía con más vitalidad y me pasaban cosas más interesantes si podía estar con ellos.*

Pensaba: ¿Por qué no puedo resolver esto, por qué no puedo hacer amistad con ellos, por qué no puedo conectar, por qué estas amistades son tan frustrantes, por qué no puedo simplemente estar allí con ellos?

No fue hasta que tuve 12 o 13 años cuando me di cuenta de que tenía que ser algo de tipo sexual, que no era sólo un amigo, que era su cuerpo y todo eso. En aquel momento pensé que era sólo una cuestión de que estaba creciendo y que las cuestiones sexuales empezaban a ser importantes. Y que el sexo con otros chicos era tan sólo una forma de expresar estas necesidades. Luego, a partir de los 20 años, empezó a ser más problemático. Hasta entonces, aunque había tenido estos sentimientos, no era algo de lo que tuviera miedo… era sólo un problema.

No fue hasta que se convirtió en algo más sexual que pensé: "¿bueno, que es esto realmente? Durante mucho tiempo ni siquiera le presté mucha atención, porque pensaba que era algo que desaparecería por sí mismo. Pero no tenía las herramientas para entenderlo realmente. Y luego, una vez que lo afronté, me di cuenta de que no era realmente algo tan terrible. Me di cuenta de que lo que siempre había querido no era sexo con un hombre sino que realmente estaba expresando la necesidad de una amistad.

Durante la etapa de transición erótica, el niño es proclive a desarrollar un intenso interés por otro chico, a menudo mayor, que parece tener esas cualidades que él admira. Puede ser un chico que es particularmente bueno en los deportes, que es amigable y extrovertido, o especialmente guapo y seguro de sí mismo. El niño desarrolla una atracción que al principio no es sexual. Más adelante le sigue una fase de transición en la que la admiración se erotiza. Los testimonios de los pacientes, uno tras otro, confirman que esta necesidad de afecto no satisfecha está en el origen de la posterior atracción homosexual. Muchos pacientes recuerdan que su primer contacto físico con el mismo sexo fueron besos y abrazos, para "llenar ese hueco interior". Con el tiempo, la necesidad de contacto afectivo-romántico es superada por deseos eróticos específicos.

LA HOMOSEXUALIDAD COMO IMPULSO REPARADOR

En la literatura psicoanalítica, la homosexualidad se ha explicado durante mucho tiempo como un intento de "reparar" un déficit de la identidad masculina. Esta teoría no es nueva. De hecho, tiene una larga tradición en la literatura psicoanalítica. Mientras que no toda la homosexualidad puede explicarse simplemente como una motivación reparativa, para la mayoría de los hombres homosexuales es una motivación significativa. Cuando el homosexual se encuentra con otro hombre que es lo que a él mismo le gustaría ser, tiende a idealizarlo y a romantizar la relación.

La teoría de la motivación reparativa comenzó con Sigmund Freud (1914), que ligó la homosexualidad con el narcisismo; "Un hombre puede amarse a sí mismo como quien es, puede amarse como quien era, puede amar a alguien que fue una vez parte de sí mismo, y puede amar lo que a él mismo le gustaría ser" (p. 90). Desarrollando este mismo tipo de amor, Freud describe el "empobrecimiento" de la persona que ama a alguien que posee cualidades que él mismo nunca tuvo (p. 101).

Los investigadores gays Mattison y McWhirter (1984) creen que "la homosexualidad no es una enfermedad mental, sino una expresión diferente de la atracción por el objeto erótico" (p. 4). Sin embargo, también ellos refieren relaciones gay con la necesidad de reparar un déficit de identidad. Entrevistaron a dos hombres que describieron su atracción mutua así:

"Era como si fuésemos una sola persona", dice Joy. "Era un sentimiento de paz tan grande. Cuando caminaba por la calle llevando puesta la cadena de oro de Patrick, sentía como si mi inglés mejorase y como si pudiese alojarme en el Ritz".

Y cuando llevaba puestas las botas de trabajo de Joe, juro que era como si mis bíceps crecieran dos pulgadas", ríe Patrick. "Yo era él".

"No, yo era tú" dice Joe. (p. 23).

Los autores refieren que Joe y Patric se sentían mutuamente como su imagen. A esto se le ha llamado "gemelismo", o más exactamente, imagen narcisista. En el mismo sentido, Fenichel (1945) escribe: "En la formulación psicoanalítica, la homosexualidad es el estado intermedio entre el amor a uno mismo y el amor heterosexual" (p. 428). Nunberg (1938) vio la homosexualidad de la misma forma como basada en la envidia y sentimientos de inferioridad, al igual que Millar (1958), que encontró que el comportamiento homosexual era usado como una compensación temporal de la inferioridad y la inseguridad. Weiss (1963) entendía la homosexualidad como el resultado de un ambiente familiar que alienaba al niño de su verdadera identidad. En la etapa adulta busca una "simbiosis en el espejo mágico… fusionándose con un compañero, mediante lo que espera encontrar es al propio yo idealizado" (p. 73). Afirma, "el compañero es frecuentemente el símbolo externo de la parte perdida y reprimida del propio yo, por ejemplo su masculinidad" (p. 73). Describe a un paciente que dijo: "No quiero ser yo, quiero tener sus pelotas, quiero ser él" (p. 73). Anna Freud veía la homosexualidad como un impulso reparador (1974, 1951, 1952), al igual que Rado (1949). En sus observaciones clínicas, describe a pacientes homosexuales que eligieron al "hombre fuerte" como compañero en representación de su propia masculinidad perdida. En su informe sobre cuatro casos de éxito (1952), fue capaz de conducir a esos pacientes hacia la heterosexualidad haciéndoles ver que buscaban esta masculinidad para ellos mismos a través de la identificación con sus compañeros.

Revisando la literatura sobre la tradición de la motivación reparativa de la homosexualidad, Lionel Ovesey (1969) describe la homosexualidad como un intento por resolver fallos en el funcionamiento del papel masculino, particularmente en aquellos que comprendían necesidades asertivas y de dependencia.

Otro escritor, Kaplan (1967) veía la homosexualidad como enraizada con frecuencia en la insatisfacción con la propia imagen. Observa como:

Parece evidente que algunos homosexuales eligen como objetos sexuales personas que tienen características –físicas, personales, o ambas- de las que ellos mismos tienen un déficit… insatisfacción con el propio yo, con la forma en que uno es… medida frente a estándares internos de cómo uno le gustaría ser… puede ser una de las mayores raíces de algunos sentimientos y comportamientos homosexuales. (p. 356).

Kaplan continúa:

A menudo el homosexual busca esa cualidad que siente que le falta a él mismo pero que ve en otros. Por tanto, la unión le da, al menos momentáneamente, el sentimiento de que ahora está completo o a través de la identificación con el otro, de que posee la misma cualidad (pp. 153-153).

Kaplan estima que "la conjunción de la necesidad de un modelo, un sentido personal de inadecuación y una motivación sexual indiferenciada pero muy poderosa" (p. 356) pueden dar como resultado la homosexualidad. Describe el siguiente modelo:

La persona está insatisfecha de alguna forma con la propia imagen. Ve… modelos que se parecen más a su yo ideal y se involucra en relaciones sexuales… Los modelos son elegidos como objetos de identificación y el sentimiento o fantasía de la identificación se incrementa y se satisface de manera importante en la relación sexual. En cierto sentido, el homosexual tiene mucho en común con el narcisista, que tiene una relación amorosa consigo mismo. El homosexual, sin embargo, es incapaz de amarse a sí mismo… en su lugar ama a su yo ideal (p. 358).

En sus trabajos clínicos, Barnhouse (1977), reconoce de manera similar necesidades de poder y dependencia como uno de los motores principales de la homosexualidad masculina. Afirma:

Cuando las necesidades de dependencia son prominentes, la adaptación homosexual se puede enfocar hacia la identificación con la fuerza "masculina" del compañero. Tal como un paciente mío lo expresaba, "no era tanto que quisiera amar a Peter como que quería ser Peter". Los hombres con estas características se sienten débiles e inadecuados, aunque puedan estar en una situación que vista desde fuera pueda parecer exitosa (p. 52).

Tripp (1975) entiende el comportamiento homosexual como un intento de "importar" las cualidades admiradas o deseadas de la persona del mismo sexo por la que se siente atraído. Gottlieb (1977) también encontró ejemplos de esta motivación reparativa en sus pacientes homosexuales:

Paciente: Bueno, pienso que es una idea realmente primitiva pero el contacto físico con alguien te hace sentir más poderoso, más atractivo, más centrado. Hay una tendencia a alimentar tu narcisismo… creo que la atracción por la otra persona… se convierte en parte de ti y te refuerza (p. 39).

Socarides (1968, 1978) ofrece apoyo clínico a la teoría reparativa y en 1962, el amplio estudio de Bieber dio sustento empírico a la teoría al ligar el déficit con la constelación de la familia triádica. Van der Aardweg (1985, 1986) describe el comportamiento homosexual como un intento de compensar los sentimientos de debilidad y inferioridad masculina. Moberly (1983) explica la atracción erótica por el mismo sexo específicamente como una motivación reparativa.

Una muestra de la motivación reparativa se puede encontrar en la siguiente trascripción de una sesión de psicoterapia con un hombre homosexual:

Tenía 3 años cuando mi padre volvió del servicio (militar). Mi madre me había criado con todas sus amigas. Mi padre era sargento y vuelve a casa y se encuentra con este hijo que quiere ser tenido en brazos y mimado. Habiendo estado siempre con mujeres los hombres realmente me asustaban.

Mi padre estaba muy disgustado con lo que su esposa, mi madre, había criado y desde que llegó a mi casa hasta que tuve unos diez años recuerdo oírle decir: "Haré un hombre de él, así que ayúdame". Si quería llorar o lo que fuera, recibía una paliza que no te puedes imaginar. En algún momento de la vida hice un pacto de no ser como este hombre siempre enfadado al que yo había decepcionado, de no ser como mi padre. Y durante muchos años fue así, no fui como mi padre.

Mi padre y yo no nos podíamos decir dos palabras uno al otro. Si yo decía que era blanco, él decía que era negro y viceversa. Nunca cedíamos terreno en favor del otro. Si él entraba por una puerta yo salía por la otra, porque no podía soportar estar con él. Él solía ir de caza de ciervos y yo rezaba para que su

escopeta le estallara y le matara… había tanta paz en mi casa cuando él no estaba.

Más tarde, cuando comencé a tener vida homosexual activa, me di cuenta de que estaba buscando algo que no podía tener de él y que probablemente, a esas alturas ni siquiera aceptaría de parte de él. La actividad se convirtió en una especie de adicción.

En un estudio sobre niños pre-homosexuales, Friedman y Stern (1980) también hablan de la homosexualidad como un modelo reparativo. Especulan con lo siguiente:

El deseo de estar próximo sexualmente a otros hombres afloró en un entorno en el que había grandes vacíos de relación con compañeros masculinos durante un período crítico del desarrollo. El deseo erótico parece reparar en la fantasía sentimientos de carencias derivados de un inadecuado entorno social (p. 439).

Carl Jung, pionero del psicoanálisis, sintetiza la esencia de la teoría de la motivación reparativa en su descripción de la condición homosexual tal como recoge Jacobi (1969):

La homosexualidad es un elemento de represión, indiferenciado, en la masculinidad del hombre… que en lugar de ser desarrollado… desde la profundidad de su propia psique, busca ser satisfecho en un plano biológico a través de la "fusión" con otro hombre (p. 51)

Los especialistas han observado de forma reiterativa a través de la literatura científica cómo el comportamiento homosexual constituye un intento reparativo. Sin embargo, esta observación es poco conocida fuera de un pequeño mundo académico. Una razón para la falta de consenso entre ésta y otras teorías de la homosexualidad es puesta de manifiesto por Ruth Barnhouse (1977):

Ellos (los defensores de la homosexualidad) claman que puesto que no se puede demostrar que un factor "x" sea siempre el causante de la homosexualidad, o que porque no todos los homosexuales padecen de este factor "x", entonces no existe relación entre "x" y la homosexualidad (p. 58).

Capítulo 8

OTROS FACTORES:
LA MADRE Y LAS RELACIONES FAMILIARES

LA RELACIÓN CON LA MADRE

Durante mucho tiempo se ha visto a los homosexuales como personas con madres sobre-protectoras o dominantes. La influencia de la madre parece de hecho ser un factor que puede dañar la relación padre-hijo y sabotear la autonomía del niño, incluyendo su autonomía de género. Muchos investigadores han encontrado una relación con la madre anormalmente próxima en la primera infancia de homosexuales (Bender y Paster 1941, Fenichel 1945, Freud 1922, Jonas 1944, Jung 1917, Socarides 1968, West 1959). Debido al carácter vinculante de la relación madre-hijo, ésta suele ser con frecuencia no sólo próxima sino ambivalente (Kronemeyer 1980, Scott 1957).

ESTUDIOS QUE PONEN EL ÉNFASIS EN EL SISTEMA TRIANGULAR

La influencia de los padres en el niño es tan sutil y al mismo tiempo tan influyente que Winnicott (1965) afirma: “no hay tal cosa como el niño”. Más bien, lo que hay es “madre, padre e hijo, los tres viviendo juntos” (p. 43). El “sistema triangular” describe la teoría de que la madre, el padre y el hijo juntos producen el desarrollo homosexual. Se refiere a una madre intensamente dominante, próxima y posesiva combinada con un padre distante, inafectivo y desvinculado. Hay muchas variantes sutiles de este patrón básico. Fue la profusa investigación de Bieber et al. (1962) lo que estableció estadísticamente el sistema triangular en el desarrollo homosexual. Más tarde otros muchos investigadores aportaron mayores evidencias del sistema triangular (Braatan y Darling 1965, Brown 1963, Evans 1969, Shearer 1966, Snortum et al. 1969, Wallace 1969, Whitener y Nikelly 1964).

Marmor (1980) resume su investigación como sigue:

> *El denominador común en un gran número de estudios clínicos parece ser una relación deficiente con la figura del padre que tiene como consecuencia una incapacidad para formar una identidad masculina satisfactoria y una relación próxima pero ambivalente con la figura de la madre (pp. 10-11).*

Aún cuando piensa que hay otros factores adicionales operando en el desarrollo de la homosexualidad, Marmor añade:

> *Tales constelaciones parentales se encuentran con frecuencia en los antecedentes de los hombres homosexuales (p. 11).*

Variaciones del sistema triangular pueden encontrarse en los siguientes estudios:

Madres sobre-afectivas, padres ausentes o emocionalmente distantes (Freud 1910, 1922).

Madres controladoras y muy vinculadas, padres desapegados y recelosos (Siegelman 1974).

Madres dominantes, padres pasivos o ausentes (Bene 1965, Chang y Black 1960, Gundlach 1969, Stephan 1973, Wolpe 1969).

Madres sobre-protectoras o posesivas y relaciones con el padre deficientes o indiferentes en aproximadamente la mitad de la muestra (Westwood 1960).

Madres sobre-protectoras, sobre-indulgentes, y dominantes, con una relación con el padre ausente o negativa (Bender y Paster 1941, Hamilton 1939, Millar 1958, Whitener y Nikelly 1962). (Bender y Paster encontraron padres ausentes o abusadores en el 90 por ciento de los casos).

Madres sobre-protectoras o posesivas y deficiente relación con el padre (Schofield 1965, usando una muestra de no pacientes).

Madres intensas en exceso, con padres insatisfactorios (West 1959).

Madres efusivas y afectivas con padres autocráticos, lejanos emocionalmente, o ausentes de forma frecuente (Terman y Miles 1936).

Madres con tendencia a crear vínculos fuertes e íntimos y padres hostiles y desapegados (Thompson et al. 1973).

Relaciones anormalmente intensas con la madre y relaciones insatisfactorias con el padre (Robertson 1972).

Debe advertirse sobre el hecho de que las madres con fuerte influencia sobre sus hijos, incluso manipuladoras, puede que no sean de un tipo de personalidad dominante. Muchas madres de homosexuales eran frágiles y con tendencia a la ansiedad, lo que equivale a decir que sus personalidades eran débiles pero que de hecho, como resultado de su debilidad, ejercían una influencia fuerte y manipuladora sobre sus hijos.

El patrón del triángulo clásico que da puesto de manifiesto por William Aaron en su libro autobiográfico, *Straight* (1972):

> *Mi madre era una de esas personas fuertes, cálidas, atractivas… Dominó mis primeros cinco años casi al nivel de exclusión de cualquier otra influencia… agresiva y con tendencia a imponer sus criterios. Mi padre era lo opuesto a mi madre en casi todo. Al menos durante mi infancia lo vi como débil e indeciso. Nunca parecía estar involucrado en ninguna decisión o plan importante relacionado con nosotros… debería añadir que no estaba mucho con nosotros (p. 20).*

Los estudios sobre el tema son menos concluyentes en cuanto a mostrar a la madre como sobre-protectora que en mostrar al padre cómo una figura fría, distante y/o hostil. En nuestra opinión, la relación con la madre tiene cierta importancia pero es la relación padre-hijo la que constituye un factor más significativo en el desarrollo de la homosexualidad.

RELACIONES FAMILIARES DEFICIENTES

Parece haber una relación entre un entorno familiar deficiente y el desarrollo de la homosexualidad.

Bieber encontró “rasgos negativos” en los antecedentes de los homosexuales en su estudio de 1962, más tarde replicado por Evans en 1969 sobre una muestra de no pacientes. Las comunicaciones sutiles dentro de la estructura familiar que facilitan un comportamiento sexual desviado han sido descritas por Litin et al. (1956) con aplicación especial al caso de la homosexualidad por parte de Kolb y Jonson (1955).

La relación marital entre los padres de los homosexuales es con frecuencia disgregadora o al menos atípica (Jonas 1944, Van der Aardweg 1986), a menudo con una lucha entre los padres por el dominio (Hadden 1966). La homosexualidad se ha visto ligada a hogares rotos, infancias desgraciadas y relaciones deficientes con ambos padres (Ibrahim 1976).

Un paciente afirmaba:

> *Crecí aprendiendo las reglas de una familia disfuncional: no hables, no sientas y no confíes.*
>
> *Cuando mi hermana menor dejó el hogar mi padre le dijo: “Has crecido como una extraña y ahora te vas como una extraña”. Esa frase se podría haber aplicado a cualquiera de sus hijos. Siempre he sentido miedo de mi padre, lo que aún me aflige hoy. Abusaba de mi madre física y emocionalmente, de mi hermana, de mis hermanos y de mí mismo.*
>
> *He estado bajo dirección espiritual o en terapia más de 25 años, cuando entré por primera vez en una comunidad religiosa de hermanos. El comportamiento homosexual inapropiado ha sido una constante a lo largo de mi vida en la comunidad. Había momentos en que deseaba haber podido decirle a mi padre: “Te he buscado en los brazos de muchos otros hombres”.*

LOS EFECTOS DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN LA IDENTIDAD SEXUAL

La estructura de la familia tradicional apoya una relación comprometida y continuada entre el padre y el hijo, y de esta manera promueve el desarrollo heterosexual. Sabemos también que “la mayor implicación con el padre tiene lugar cuando… los adultos forman un nexo homógamo duradero” (Lamb 1981, p. 460).

Dado que el varón requiere la cooperación de ambos padres para asistirle en su identificación sexual, la estructura familiar es particularmente crítica. Ambos padres deben trabajar juntos para merecer ser copiados por el niño.

Los niños con problemas de identidad sexual han tenido menos contacto con la figura del padre en la infancia temprana con frecuencia debido a su ausencia o a un divorcio (Rekers 1987). Los hombres que relatan un mayor comportamiento homosexual se encuentran entre aquellos individuos que durante la infancia han tenido las relaciones más difíciles con el padre (Freund y Blanchard 1983, Nash y Hayes 1965). De igual forma, los niños con padres ausentes del hogar son en algunos casos más femeninos (McCord et al. 1962). Los niños tienden a mostrar un comportamiento más convencional cuando el padre es la figura dominante en el hogar (Hetherington 1966).

Una relación marital sana satisface las necesidades emocionales de los padres. Unos padres seguros y satisfechos tenderán a utilizar menos al niño para satisfacer las necesidades emocionales que deberían encontrar en un adulto. Además de para colocar una separación entre la madre y el hijo, el padre sirve para satisfacer las necesidades de la madre. En matrimonios vacíos, muchas madres utilizan a sus hijos para llenar el vacío dejado por la ausencia emocional de sus maridos. Pero cuando existe un vínculo amoroso entre el marido y la mujer, el padre no sólo facilita al niño

un modelo de las relaciones masculino-femeninas sino que también le proporciona a la madre la seguridad que necesita para despegarse de cualquier exceso de intimidad que pueda sentirse tentada de mantener con el niño.

Las madres que están envueltas continuamente en discusiones con el padre, es más frecuente que tengan hijos que simpatizan y se identifican con su dolor, en particular si el niño está cercano a ellas y ha tenido poco apego con el padre. La consecuencia es una madre y un hijo unidos contra el padre. El niño verá la masculinidad como algo brutal e insensible y se sentirá más inclinado a rechazar sus propias manifestaciones sexuales. Un paciente describe esta situación de la siguiente manera:

> *Mi madre jugó un importante papel en lo que me ocurrió durante mi infancia. Me convertí en su confidente, su mejor amigo. Su relación con mi padre, estoy seguro, era tan mala como la mía. Sé que todos jugaron un papel en mi rechazo por él y en mi compromiso por no ser como él.*

Estos patrones familiares tempranos de relación padre-hijo y de pobre relación familiar en general se sabe que son la causa de muchas formas de desajuste. Esos estudios son una evidencia más de nuestro argumento de que puede encontrarse una correlación entre la condición homosexual y la salud psicológica.

DOMINIO Y AGRESIVIDAD

En un hogar en el que se siente vulnerable, el niño puede no tener más recurso que identificarse con el padre que es más fuerte. La identificación tiene lugar con frecuencia con el padre que más poder tiene para proporcionar recompensas y castigos. La “identificación con el agresor” tiende a ocurrir en particular cuando hay estrés y relativamente poco afecto y cuidado por parte de ambos padres. En principio no es el resultado de un sentimiento de indefensión por parte del niño.

El predominio parental parece especialmente importante a la hora de influir en la identificación del niño (Hetherington 1965, Mussen y Distler 1959-1960). Cuando la madre es dominante o relativamente masculina, hay una disrupción en la formación del funcionamiento del papel sexual masculino en el hijo. Los estudios muestran que los hijos de esas madres adquieren preferencias más femeninas que los niños de hogares con padres dominantes. También tienden a identificarse con menos fuerza con sus padres (Payne y Mussen 1956). También se ha puesto en evidencia de forma repetida que un hermano mayor agresivo e intimidatorio puede inhibir otros aspectos de la identificación masculina.

ACTITUD DE LA MADRE EN CONFRONTACIÓN CON LA MASCULINIDAD

La actitud de la madre hacia el padre -hacia los hombres en general- es muy significativa. Si va minando su papel en la familia, esto disminuye su status como modelo deseable. Si la madre no lo refleja como un modelo al que dirigirse, fracasa en su labor de demostrar que hay una estima relacionada con la masculinidad.

Ambos padres deben mostrar su orgullo en la asunción de un comportamiento de género apropiado por parte del hijo (Tyson 1985). La armonía familiar y la cooperación marital son particularmente importantes en esta materia y ni la madre ni el padre deben minar los esfuerzos del niño. La historia de algunos homosexuales revela cómo la madre degradaba la masculinidad y la sexualidad y hacían que el hijo se encontrase avergonzado de ser varón (Wallace 1969).

Higham (1976) enfatiza la influencia de “actitudes sexuales contradictorias y confusas dentro de la familia que previenen a estos niños de adquirir un orgullo y satisfacción por su propio sexo” y añade que “cuando la madre menosprecia al marido, el niño rechaza la masculinidad” (p. 55).

Capítulo 9

FACTORES FISIOGENÉTICOS

Fuera del ámbito de los factores explicativos de la homosexualidad puramente genéticos, fue Freud (1905) quien por primera vez reconoció la importancia de la dinámica familiar en el desarrollo homosexual. Desde los tiempos de Freud, hemos acumulado una gran cantidad de evidencia sobre los problemas en las relaciones padre-hijo y en algunos casos en las relaciones con la madre.

La evidencia científica ha confirmado que los factores genéticos y hormonales no parecen jugar un papel determinante en la homosexualidad (Birke 1981, Perloff 1965, West 1977). Sin embargo, siguen existiendo intentos de demostrar que es la genética, más que los factores familiares, lo que determina la homosexualidad. Estos esfuerzos continuados reflejan la insistencia de los defensores del estilo de vida gay por formular un medio a través del cual el comportamiento homosexual pueda ser visto como normal.

La cuestión de la base biológica también se ha reabierto debido a la presión por el status de minoría de derechos para los homosexuales. La justificación de este status especial de derechos civiles se vería apoyado si la evidencia científica pudiera demostrar que la homosexualidad es innata. Los oponentes de este status de derechos especiales, por el contrario, ven la homosexualidad como un comportamiento adquirido. Los gays suelen estar profundamente convencidos de que "nacieron así". Cuanto más identificada está una persona con su orientación sexual, más prefiere creer que esta estaba predeterminada desde antes de nacer.

La investigación fisio-genética puede dividirse en dos categorías: estudios sobre animales y estudios con humanos. Algunos de los estudios con humanos refieren diferencias hormonales entre los hombres homosexuales y heterosexuales (Corner et al. 1975) pero la evidencia encontrada resulta poco convincente. Adicionalmente estos estudios son extremadamente deficientes en su continuidad y capacidad de replicar los resultados.

Se ha especulado a menudo que un déficit en andrógenos, como la testosterona, podría ser responsable del comportamiento homosexual. West (1977) examinaba esta posibilidad y concluía: "Un déficit de andrógenos en hombres adultos disminuye la sensibilidad y la capacidad de reacción del aparato sexual, reduce el apetito sexual y en algunos casos puede producir impotencia física pero no elimina la orientación heterosexual (p. 65).

Además, West concluye: "Incluso grandes alteraciones en los niveles de hormonas, suficientes para producir características físicas sexuales anómalas, no actúan sobre la orientación sexual" (p. 67).

Aunque las alteraciones de los niveles de hormonas en ratas han producido comportamientos homosexuales de manera repetida (West 1977), las implicaciones para los humanos son muy limitadas. Generalizar a partir del comportamiento de roedores sería reducir la experiencia sexual humana a un nivel mucho más bajo de lo

que sabemos que es esa experiencia. Tal como explica West (1977): “En los animales superiores, y en particular en el ser humano, el comportamiento sexual deja de ser… dependiente directa e inmediatamente de la concentración de hormonas en un momento dado” (pp. 64-65). Una mirada crítica a la base hormonal del comportamiento sexual por parte de Ross y colegas (1978) concluye: “No juega un papel en la actividad sexual o en la preferencia sexual en ninguna de sus formas, incluyendo la homosexualidad o el transexualismo (p. 315). Perloff (1965) afirma: “La homosexualidad es un fenómeno puramente psicológico, no dependiente ni de un patrón hormonal para su aparición ni reparable mediante substancias endocrinas” (p. 68).

De manera opuesta a diversas apelaciones a la homosexualidad en el reino animal, Gadpaille (1980) explica: “La preferencia homosexual no se encuentra de forma natural en ninguna especie de mamíferos infrahumanos. Las diferencias masculinas y femeninas y la preferencia heterosexual son bastante constantes a través de la escala filogenética” (p. 355). En su investigación acerca de este debate acerca de la “natura versus natura”, Gundlach (1969) argumenta: “A la luz de la evidencia de la determinación cultural del papel del sexo y de las prácticas sexuales, la posibilidad de que características físicas y de personalidad innatas determinen la homosexualidad parece bastante remota” (p. 139).

Una síntesis de la revisión de la literatura sobre el tema por parte de Ehrhardt y Meyer-Bahlburg´s (1981) afirma: “La identidad sexual depende en gran medida de las influencias del entorno postnatal… El papel del medio endocrino prenatal en el desarrollo de la preferencia del compañero erótico… no ha sido establecido de manera concluyente” (p. 1312). Money (1987) establece: “La orientación sexual no está bajo el gobierno directo de genes y cromosomas… (sino)…que está influenciada y es fuertemente dependiente de la socialización postnatal” (p. 384). Tal como Masters, Jonson y Kolony (1985) nos dicen: “La teoría genética de la homosexualidad está ampliamente descartada hoy en día” (p. 411). En su famoso trabajo, Karlen (1971) concluye: “La evidencia es abrumadora de que los genes no determinan la homosexualidad” (p. 337).

Estos descubrimientos llaman a un re-posicionamiento de los esfuerzos hacia el terreno psicológico. Hoult (1984) expresa esto también de la siguiente forma:

> *Las llamadas hacia el modelo biológico son cuestionables ya que estas o bien se derivan de estudios animales (y por tanto no son aplicables de forma generalizada al comportamiento humano) o son in-concluyentes, contradictorias o metodológicamente deficientes. Se concluye que están en lo correcto los científicos del comportamiento en el uso del aprendizaje social frente a un modelo biológico para interpretar la mayoría de los aspectos del comportamiento sexual. (p. 137)*

Tras una revisión de la literatura científica, es necesario considerar por qué ha sido tan difícil encontrar una influencia biológica significativa en el comportamiento sexual de los humanos. La respuesta es que la biología *no tiene* una influencia determinante. Aunque permanece la posibilidad de *alguna* contribución genética a la identidad sexual y por tanto a la orientación sexual, el foco de nuestras investigaciones debería dirigirse a las causas psicológicas y medioambientales.

Una atribución injustificada de la homosexualidad a causas biológicas puede tener consecuencias graves. La más comprometedora sería la de que no habría esperanza para el cambio. La creencia en que la homosexualidad estaría determinada genéticamente desanimaría cualquier intento de salir de ella.

Podemos considerar la posibilidad de alguna predisposición biológica pero no en términos del mítico “gen homosexual”. Podría darse, posiblemente, algún factor que

predispusiese a un hombre hacia un déficit de identidad sexual y consecuentemente a la homosexualidad pero no uno que predetermine la homosexualidad. Una analogía con el alcoholismo sería apropiada en este sentido. Aunque hay evidencia concluyente de que algunas personas nacen con mayor tendencia hacia el alcoholismo que otras, nadie está destinado a ello inevitablemente por su herencia.

Capítulo 10

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA PERSONALIDAD HOMOSEXUAL

CARENCIAS SEXUALES MASCULINAS

Los escritos psicológicos muy prematuros de Krafft-Ebing en 1894 describen al hombre homosexual como que tiende a ser más femenino que el heterosexual y esta visión fue fomentada por uno de los primeros líderes de los derechos de los gays, Hirschfeld (1920), que veía al homosexual como una clase intermedia o "inter-sexo" con características femeninas, que se sentía atraído por los hombres masculinos.

Desde esa época, otros escritores han unido la homosexualidad masculina con el afeminamiento o con un sentido del yo como inadecuadamente masculino (K. Adler 1967, Anomaly 1948, Beecher y Beecher 1972, Bergler 1971, Bieber 1962, Evans 1969, Friedberg 1975, Hatterer 1970, Jung 1922, 1934, 1954, Marmor 1965, Money y Ehrhardt 1972, Saghir y Robins 1973, Whitam 1977). Socarides (1968, 1978) propone que los homosexuales padecen de "problemas de la identidad sexual." Bieber (1965) afirma que los homosexuales no tienen generalmente un concepto de sí mismos como "hombres verdaderos" ni ven a los demás homosexuales como completamente masculinos (p. 257). De hecho, el fundador del moderno movimiento por los derechos gay, Harry Hay, llamaba a los miembros de su grupo "andrógenos" (Timmons 1990). Robert Stoller (1978) resume la investigación como sigue: "La relación entre feminidad y homosexualidad masculina se ha conocido durante miles de años, así que aquellos de nosotros que trabajamos en esta materia probablemente sólo estemos estrechando el encaje en esta observación" (p. 543).

La identidad sexual, como fue definida por Stoller (1965), es esa parte de la identidad que tiene que ver con la masculinidad y la feminidad. La identidad sexual masculina es el conocimiento -consciente e inconsciente- de que se es masculino o viril. Nosotros vemos que el homosexual tiene una carencia en la identidad sexual masculina.

Esto no debe confundirse con la *sustancia de la identidad sexual*, la conciencia básica de que se es hombre. La confusión en la identidad sexual sustancial puede desembocar en el transexualismo. Para la mayoría de los homosexuales, la identidad sexual sustancial está intacta pero queda un sentido privado y subjetivo de simplemente no sentirse completamente identificado con lo masculino.

El déficit en la identidad sexual masculina no significa simplemente que este hombre fracase para encajar en la imagen de masculinidad de su cultura. El heterosexual puede tener una naturaleza artística y disfrutar del teatro, arte y la cocina; por otra parte, el homosexual puede ser un jinete de rodeo o un jugador profesional de fútbol. Más bien se refiere a una inadecuación en el sentido interior de masculinidad o feminidad. El déficit de identidad sexual es el sentido privado e interno de estado incompleto o inadecuación de la masculinidad de uno y esto no es siempre evidente en los gestos afeminados explícitos. Algunos hombres homosexuales aparentemente masculinos han cultivado cuidadosamente su apariencia externa como una armadura contra las ansiedades internas de inadecuación masculina. Esta clase de sobre compensación se ve a veces en los bares para homosexuales, donde la charada de

masculinidad incluye hombres vestidos con chamarras de motoristas, ropa vaquera, uniformes de policía militar y otras caricaturas de masculinidad.

Algunos pacientes son muy claros al comprender su sentido de déficit masculino. Como un paciente explicaba: “Incluso antes de venir aquí, me di cuenta de que no quería a otro hombre- Yo quería ser viril.” El síndrome del déficit de identidad sexual de la homosexualidad encaja en una mayoría de población clínica que he visto. Otro grupo de hombres homosexuales -una minoría en la población clínica de mi experiencia- no encaja en el síndrome de déficit de identidad sexual.

CUANTIFICACIÓN DE LAS CARENCIAS SEXUALES

Se han hecho numerosos intentos de medir objetivamente el sentido interno del déficit masculino que se ha pensado durante largo tiempo que está relacionado con la homosexualidad.

En 1936, Terman y Miles expusieron mayor feminidad en homosexuales masculinos. Averiguaciones similares fueron expuestas por Manosevitz (1971), utilizando la escala de masculinidad-feminidad del Inventario de Personalidad Multifásica de Minnesota (MMPI); Thompson y colegas (1973), utilizando una variedad de tests; Bernard y Epstein (1978), utilizando el método de “Bem Sex-Role Inventory”; y Evans (1971), utilizando la Lista de Prueba Adjetiva y la Escala de Masculinidad-Feminidad de Heilbrun. Con una versión revisada del “Bem Sex-Role Inventory”, Kurdek (1987) averiguó que los homosexuales eran menos explícitos en cuanto a su propia identidad sexual. En conjunto, los homosexuales tenían más probabilidades que los heterosexuales de describirse en términos de características femeninas. Utilizando seis escalas de la especialidad, Hawkins y sus colegas (1988) averiguaron que la diferencia más consistente entre los homosexuales masculinos y los heterosexuales era la mayor feminidad de los primeros. Se ha encontrado una asociación significante entre la identidad de género femenino y los sentimientos homosexuales (Buhrich et al. 1982, McConaghy et al. 1979).

La medida de la identidad sexual ha planteado un difícil problema. Un número de estudios cuestionan exactamente lo que está siendo medido por los tests disponibles (Bernard 1981, Luneborg 1972). Muchas escalas han sido criticadas por confundir rol sexual con identidad sexual. De hecho, es difícil separar las nociones culturalmente estereotipadas de masculino y femenino de la experiencia interior de identidad sexual.

Freund y sus colegas (1974) intentaron corregir este problema en el diseño de la Escala de Identidad Sexual Femenina (FGI), y demostró ser uno de los instrumentos más discriminantes disponibles para este propósito. Freund estaba buscando una correlación entre homosexualidad e identidad sexual femenina. Un tercio de los homosexuales no se distinguía de los heterosexuales. Sin embargo, dos tercios mostraban un alto grado de identidad sexual femenina. Una versión revisada de este test (FGI-R, 1977) mostraba de forma similar una alta identidad sexual femenina entre los homosexuales masculinos. Otros investigadores que usaron métodos diferentes de calificar el test (Sanders et al. 1985) encontraron que los homosexuales no estaban tan identificados con lo femenino cuanto menos identificados con lo masculino que los heterosexuales. Un descubrimiento corroborador en el enorme estudio de 1981 de Bell y sus colegas es que la mayoría de los hombres homosexuales “no se sienten ni masculinos ni femeninos” (p. 80).

PROBLEMAS CON LA ASERCIÓN

Muchos pacientes homosexuales se quejan de la dificultad en la aserción. Relacionado con esto es la dificultad particular con la competición con otros hombres. Numerosos investigadores han observado dificultades de aserción (Brown 1963, Ellis 1956t, Jung (1951), Kronemeyer 1980, Mintz 1966, Ovesey 1969, van den Aardweg 1985, 1986, Weiss 1963, Wolpe 1969). Dallas (1990) identifica la pasividad marcada en alrededor del 70 por ciento de sus pacientes homosexuales y lo define como "acomodación a expensas de la integridad."

Según Toby Bieber (1967): "La historia de vida de los homosexuales casi siempre revela un defecto serio en la preparación para arreglárselas agresivamente con la amenaza, lo que se asocia con la ausencia de identificación con un padre hostil o despreocupado…" (p. 60).

Cuando el chico trata de comunicarse con el padre y experimenta el rechazo, se da un escenario inicial de protesta. En el sistema familiar no sano, esta protesta es ignorada, castigada o distraída y el chico pre-homosexual renuncia eventualmente a la protesta. En la confrontación posterior con las figuras de autoridad masculina puede adoptar una forma de pasividad o de agresión pasiva. Este error en la relación con el padre tuvo lugar durante la fase crítica de separación-individuación. Fue Socarides (1973, 1978) el primero que colocó específicamente la causa de la homosexualidad durante este período. Es durante esta fase cuando el chico adquiere poder intrínseco. El padre refuerza el Principio de Realidad, y el fracaso con el padre durante este periodo crítico puede como consecuencia conducir a un sentido general de fracaso en los encuentros que demanda del mundo.

Si el chico pre-homosexual se queda identificado con su madre, se sentirá seguro y aceptado pero se sentirá también ahogado, aislado y débil. Y se quedará con dos déficits: el primero en la identidad sexual masculina, el segundo en potencia personal. Si deja a la madre y va al padre, experimentará la autonomía e individuación. Sin embargo, el padre es una dimensión de la realidad que no anticipa y acomoda sus deseos de la forma en que lo hace la madre. Con el padre, el chico se arriesga al rechazo. Muchos chicos pre-homosexuales simplemente pasan por encima de la valla entre madre y padre, sólo un pie fuera en el mundo exterior.

Un déficit en la aserción y en el sentido de potencia personal conducen casi invariablemente a la dificultad en hacer la vida mayor y en las decisiones profesionales. Los pacientes describen muchos problemas de afirmación en el lugar de trabajo, quejándose de que una necesidad desordenada de apreciación de hombres compromete su necesidad sana de hablar consigo mismos. Aunque las opiniones de las mujeres son de menor consecuencia, cualquier desaire o crítica de otro hombre puede ser muy entristecedor y pueden llevarle a la ira o a la depresión. Un paciente describía su hipersensibilidad a las opiniones de los demás hombres:

> *Ayer me iba bien, me sentía bien y luego me llamó mi amigo Jack. El motivo de la llamada era decir que no podía jugar al golf el miércoles. Estaba siendo muy casual sobre ello, como que no importaba, como que no era un asunto importante, sólo no podíamos jugar. Cuando colgó el teléfono me estaba sintiendo fatal. Pensé: "¿Cómo es posible que pueda estar sintiéndome bien y tres minutos después me pueda sentir fatal? Decidí que este hombre no era un amigo. Debería sacarlo de mi vida si tiene ese efecto sobre mí.*
>
> *Además, hoy tenía que salir a alquilar un esmoquin para una boda. El vendedor preguntó al tipo grande y fuerte al que estaba midiendo delante de mí: "Hey, ¿sales?" Luego me tomó medidas y era como estar hombre a hombre. No hizo ningún comentario de que yo fuese delgado y en el momento en que me iba, me volví a sentir bien. Me preguntaba: "¿Qué fue lo que pasó?"*

Creo que Jack me quitó mi sentido de ser adulto, mi masculinidad y luego más tarde he aquí ese vendedor… Nunca dijo, Oh Dios, este hombre es tan flaco, va a ser difícil conseguirle un esmoquin… Me midió, dijo que estaba bien y sonrió… Era como dos tipos, hombre a hombre, y me hizo sentir bien.

Los problemas con la aserción tienen lugar la mayoría de las veces en las relaciones con la autoridad masculina. Probablemente el homosexual se encontrará atrapado en un estilo de sabotaje cubierto alineándose con las mujeres contra la autoridad masculina como pudo haber hecho con la madre contra el padre. O con una expresión directa de ira de una forma particularmente hostil, reaccionaria y como consecuencia de auto-derrota. El diálogo con las figuras de autoridad poderosa no está normalmente en una base igual de hombre a hombre. Para el hombre con tendencia homosexual, el diálogo honesto con una autoridad masculina poderosa le plantea un problema particular. Su tarea es dejar los viejos patrones de traiciones verbales o de ira impotente para establecer y mantener un diálogo de hombre a hombre en una base igual.

Los problemas en la aserción tienen que ver con frecuencia con la incapacidad de expresar abiertamente los propios sentimientos y las propias ideas –con el consiguiente riesgo de ser manipulado- por temor de herir o irritar a los demás. Los pacientes describen un patrón común de fracaso para intervenir a favor de sus sentimientos verdaderos o convicciones y permitirse a sí mismos ser manipulados por el miedo a que los otros sean heridos o se enfaden. Existe la dificultad de expresar la ira de forma apropiada, lo que tiene como consecuencia un sentido general de carencia de ayuda y frustración. Los problemas con la aserción pueden mostrarse bajo la forma de fobias peculiares. Estos temores molestos parecen más comunes en los hombres homosexuales que en los heterosexuales. Un joven expresaba su miedo a conducir en la autopista. Se sentía ansioso por no ir lo bastante rápido para el conductor que veía detrás de él en su espejo retrovisor, especialmente si ese conductor era un hombre.

Otro decía:

Tengo este miedo de los puentes altos o de los pasos superiores altos de la autopista. Me preocupaba si podría desmayarme. Llegué tarde a mi cita de hoy porque tenía miedo de ir sobre la rampa y me salí de la carretera para evitarlo. Estaba tan avergonzado y enfadado conmigo mismo que me puse a llorar. Todos los demás coches iban sobre los puentes sin ningún problema…

Otro paciente decía:

Tengo esta fobia con el teléfono. De alguna forma hacer una llamada telefónica me hace sentir como un agresor. ¿Me escucharán o no? Y cuando haga una pregunta, ¿se reirán de mí? No puedo ver sus caras, por lo que no sé lo que están pensando de mí. Sin embargo sé que si no hago llamadas por teléfono el problema irá aumentando progresivamente.

Un miedo de la aserción encontrado con frecuencia es el que los gays llaman “pis tímido”, es decir, tener dificultad para orinar en baños públicos, especialmente cuando están presentes otros hombres. Este fenómeno ha sido igualado con la ansiedad por la competición con otros hombres y tiene que ver con los sentimientos homosexuales (Myers 1989). De los siete hombres que he visto que expresaban este problema, seis eran homosexuales. El único paciente heterosexual tenía dificultad con la aserción y la ira hacia su padre sin resolver. El problema se relaciona con frecuencia con el miedo comúnmente expresado de tener un pene demasiado pequeño pero hay otras implicaciones. Decía un paciente:

Siempre he tenido dificultad para poder ponerme allí y orinar. Daría cualquier cosa por hacer ese simple acto –es una de las mayores cosas que no puedo hacer. El problema existía tiempo antes de que los baños se convirtieran en un lugar de estimulación erótica para mí, sabes, cuando los hombres tenían sexo rápido con otros. No es eso. Es que no me puedo relajar.

Psico-dinámicamente, la micción es una forma de aserción, de salir simbólicamente con otros hombres. El paciente de arriba hacía la conexión perspicaz entre no ser capaz de "fluir" en una conversación y tener dificultad de "fluir" (orinar) con otros hombres.

LA SEXUALIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y DE LA AGRESIVIDAD

La literatura psicoanalítica tiene una rica historia en su comprensión de la homosexualidad como la sexualización de la dependencia y la agresión (Horney 1937, Thompson 1947).

Los investigadores han encontrado un antagonismo hacia los colegas del mismo sexo (Barnhouse 1977), manifestado por "acumulación de injusticia, encuentro de culpa y acumulación de resentimientos" (Bergler 1971) o problemas de autoridad (Fenichel 1945, Ovesey 1969). Existe una tendencia a expresar la hostilidad de forma indirecta, oculta y ambigua –manteniéndola dentro y ardiendo o explotando de forma inapropiada a la situación. Por supuesto, detrás de esta hostilidad está el miedo.

Sexualizar la agresión es una defensa, una forma de someter pero de vencer. Estos impulsos afirmativos y dependientes sin resolver en los homosexuales son descritos por Thompson (1947), Scott (1957), Brown (1963), Shearer (1966) y Fenichel (1945), que habla de sexualizar o "amar" a un hombre odiado o temido como una forma de evadir la competición. De modo similar, Tripp (1975) describe como el chico adolescente puede cultivar una relación sexual con un líder de un grupo igual, utilizando el sexo para "dominar a un hombre temido."

Fue Ovesey (1969) quien desarrolló con mayor claridad esta conexión entre homosexualidad y las necesidades de poder y dependencia. Su concepto de la relación dinámica entre homosexualidad, poder y dependencia explica las formas en que los hombres no identificados con lo masculino lo suficiente buscan el poder masculino a través de la conducta homosexual. Ovesey distingue tres motivaciones separadas para la conducta homosexual: Las necesidades sexuales, de dependencia y de poder. Sólo la primera busca satisfacción sexual como último objetivo, mientras que "los componentes de la dependencia y del poder… buscan objetivos no sexuales, completamente diferentes, pero utilizan los órganos genitales para conseguirlos" (pp. 32-33). La motivación homosexual, según Ovesey y Woods, "no existe aisladamente sino en asociación con las motivaciones pseudo-homosexuales de dependencia y de poder (1980 p. 331). Añade: "Es observable clínicamente que las tres motivaciones interactúan una con las otras y son mutuamente reforzadoras" (p. 334).

Como consecuencia de su sentido prematuro de rechazo por el padre y la exclusión defensiva de la masculinidad resultante, el homosexual lleva un sentido de debilidad e incompetencia con respecto a esos atributos relacionados con la masculinidad; esto es, potencia, afirmación y fuerza. Se siente atraído por la fuerza masculina como un esfuerzo inconsciente hacia su propia masculinidad. Al mismo tiempo, debido a su experiencia dolorosa con el padre, sospecha de los hombres con poder. El contacto homosexual se utiliza como un puente erótico para conseguir la entrada en el especial mundo masculino. Es una forma de encontrar la aceptación masculina, no a través de la fuerza personal sino vicariamente a través del poder erótico que ejercita. Debido a que la homosexualidad es inclinada particularmente a ver las relaciones con hombres

en términos de poder, existe a veces una sobre compensación del impulso versus el poder. Puede trabajar particularmente duro en los negocios para compensar un sentido privado de inadecuación o de un miedo de dependencia o explotación por otros hombres. Puede llevar a cabo esta necesidad de éxito “con una venganza”, como deshaciendo alguna injusticia anterior.

A la inversa, puede haber una satisfacción masoquista en la sumisión (Thompson 1947), lo que aumenta el aferrarse a la conducta homosexual. En casi todos los casos, los hombres homosexuales expresan problemas de dependencia y sus relaciones toman con frecuencia un carácter adictivo. Los aspectos de límites y de poder son muy comunes, como unión de identidades. Estos aspectos son con frecuencia causa de la ruptura de la relación.

Casi sin excepción, los pacientes homosexuales expresan un aumento en fantasías sexuales preocupantes cuando han experimentado una desavenencia. La mayoría se siente fuera de control y probablemente busque un desahogo sexual cuando se sientan débiles, solos y generalmente con la autoestima baja. De forma similar, lo contrario es verdadero: cuando se sienten más adultos, más masculinos, con más éxito, más poderosos personalmente, aprecian a los hombres atractivos en su ambiente pero tienen menos probabilidad de que les sean sexualmente irresistibles.

Los pacientes a menudo se describen enfadándose consigo mismos, sintiéndose deprimidos e intentando salir de la depresión actuando sexualmente. La conducta sexual es un reductor de ansiedad y un intento de reafirmación del yo. La energía emocional que podría haber sido dirigida apropiadamente hacia la auto afirmación es reprimida, vuelta contra el yo bajo la forma de depresión y liberada luego sexualmente. Esta dinámica autodestructiva refuerza más la auto imagen no masculina y el sentimiento de estar fuera de control.

Los hombres no homosexuales que experimentan derrota y fracaso pueden experimentar también fantasías o sueños homosexuales. No es inusual que manifestaciones homosexuales transitorias surjan en hombres “auténticos” desde los sentimientos de estar fuera de control y agobiados por responsabilidades de negocios, maritales y familiares. Sin embargo, estos impulsos se resuelven espontáneamente cuando sus situaciones de vida cambian para mejor.

EL DESAPEGO DE LOS INDIVIDUOS DE SEXO MASCULINO

La exclusión defensiva ha sido reconocida en la literatura durante mucho tiempo como una maniobra infantil y auto protectora contra el daño emocional. Moberly (1983) realizó una contribución significativa al tratamiento de la homosexualidad reconociendo que la relación dolorosa del homosexual con su padre tiende a provocar la exclusión defensiva, que se transfiere a las relaciones con los demás hombres. Moberly descubrió su primera clave para la dinámica de la exclusión defensiva mientras hablaba con un amigo activista gay. Él decía que sospechaba que sus encuentros traían “mala suerte”, debido a que terminaban casi siempre peleándose entre los que se encontraban. Fue de esto como ella empezó a sospechar en una dinámica negativa inconsciente (Moberly, correspondencia privada).

Justo cuando estaba desarrollando su sentido de masculinidad y estaba especialmente receptivo a la influencia del padre, el chico pre-homosexual experimentó una herida o desavenencia en la relación con su padre. Para protegerse de futuras heridas, el chico desarrolló una postura defensiva caracterizada por el distanciamiento emocional. No sólo fracasa en la identificación con su padre sino que, debido a esta herida, rechaza al padre y a la masculinidad que representa. El trauma es central para este drama. Para que el chico se excluya de una figura tan poderosa y atractiva como la de su padre, debe haber tenido lugar alguna experiencia traumática

dolorosa. El trauma produce miedo, que es la base de la alienación. Cuando estamos aprisionados por el miedo, nos quedamos alienados de los demás y de nuestras propias naturalezas auténticas. Esta alienación es la esencia de la homosexualidad.

La exclusión defensiva es sólo una parte de la naturaleza ambivalente de la atracción homosexual. La otra parte es la hostilidad y la desconfianza. Juntas forman lo que Moberly (1983) llama ambivalencia del mismo sexo. Los sentimientos ambivalentes del mismo sexo de amor y hostilidad hacia los demás hombres funcionan como bloques de toda la vida contra la completa identificación masculina. Aunque el homosexual puede erotizar relaciones con hombres, la exclusión defensiva bloquea su capacidad para identificarse totalmente con la masculinidad. Aunque pueda amar a otros hombres, es también hostil y desconfiado de ellos. Esta frustrante actitud ambivalente hacia los hombres es una explicación de la enorme promiscuidad que existe en las relaciones entre hombres.

La exclusión defensiva también le impide al homosexual interiorizar la masculinidad perdida que le permitiría crecer en la identidad heterosexual. Siente un deseo sano de ser aceptado en la esfera masculina pero es bloqueado por la exclusión defensiva y esto le obliga a introducirse en una frustrante situación. Luego con la introducción de la posibilidad sexual, lo que podía haber sido una relación sanadora del mismo sexo, toma la cualidad de un juego, con una agenda oculta e inenarrable.

La exclusión defensiva explica la cualidad de la soledad y la alienación relacionadas tan a menudo con la experiencia homosexual. John Rechy (1963) recuerda su adolescencia:

> *Me gustaba sentarme dentro de la casa y mirar afuera por la ventana del salón –más allá del jardín de cactus en el solar vacío de la siguiente puerta. Me sentaba por esa ventana mirando a la gente que pasaba. Me sentía separado milagrosamente de la gente de fuera; separado por el cristal, por la reja, a través de las cuales, sin embargo -sin compromiso- podía ver ese mundo.*
>
> *Leía muchos libros, veía muchas, muchas películas. Veía otras vidas, sólo a través de una ventana. (p.20)*

Muchos pacientes expresan un sentido de exclusión en encontrar las demandas de las relaciones. Si los problemas parecen ser agobiantes, se inclinan a separarse de la otra persona, pretendiendo que él no es de importancia o no existe, en una reactivación de la exclusión defensiva. Otros pacientes, que están pareciendo muy populares y van saliendo a la superficie, que tienen muchos amigos, en realidad están con frecuencia solos, sin nadie que los conozca realmente. Este aislamiento colocado profundamente suele ir acompañado de baja autoestima, depresión y el sentido de estar fuera de contacto con ellos mismos. Los pacientes afirman con frecuencia que este sentido de aislamiento y frustración les conduce a la persecución impulsiva de sexo anónimo, que trae el sentido de una infusión de masculinidad y de conexión con ellos mismos.

En *Quítense las Máscaras* (1984), Malcolm Boyd no sólo coge la cualidad de esa exclusión defensiva de los demás hombres sino que siente intuitivamente que echaba de menos un rito de iniciación masculina. Sin necesidad de hablar, Boyd se había sentido rechazado por su padre:

> *Sentía en aquella época de mi vida (adolescencia) un afecto pero también miedo, a los hombres y a la masculinidad. En una ocasión visité una casa en la que vi dos hombres, llevando sólo pantalones cortos, colocados en un dormitorio. Su fácil camaradería, con un sentido de secretos compartidos de hombres y el fácil contacto de sus cuerpos entre sí, me hizo sentir como un intruso. ¿Había perdido una iniciación a la masculinidad? Si hubiera estado con*

ellos en aquella habitación, habría permanecido rígido y reservado. El impacto total de lo que entendía que era la masculinidad era ambiguo y confuso. (p.35)

La exclusión defensiva significa más que el rechazo personal del padre. Dice: “Te rechazo a ti y a lo que tú representas –tu masculinidad.” Más de lo que el niño pudiera nunca imaginar, su maniobra de rechazar la masculinidad del padre tendría toda una vida de consecuencias personales e interpersonales.

Capítulo 11

LA RELACIÓN DE AMOR HOMOSEXUAL

LOS LÍMITES DEL AMOR HOMOSEXUAL

Cada uno de nosotros, tanto el hombre como la mujer, es conducido por el poder del amor romántico. Estos enamoramientos conquistan su poder desde el impulso inconsciente de llegar a ser un ser humano pleno. En los heterosexuales, es el instinto de reunir la polaridad varón-hembra por medio de desear lo que es distinto de uno. Pero en los homosexuales se trata de llenar una carencia en la integridad de su género original.

Dos hombres no pueden nunca tomarse mutuamente en la forma total y abierta. No sólo hay una inadecuación física natural sino también una insuficiencia psicológica inherente. Los dos amantes se unen con la misma carencia. Cada uno de los dos está tratando simbólica y sexualmente de encontrar la satisfacción sexual en la otra persona. Pero la otra persona no está íntegra en ese aspecto tampoco, por lo que la relación finaliza en el desencanto.

La inadecuación inherente de las relaciones homosexuales se ve en la forma de critica, irritabilidad, de sentirse asfixiado; luchas de poder, posesión y dominio; aburrimiento, desilusión, abandono emocional y falta de fidelidad. Aunque desea a los hombres, el homosexual les tiene miedo. Como consecuencia de esta estresante ambivalencia, sus relaciones homosexuales carecen de auténtica intimidad.

Las parejas gays son característicamente breves y muy volátiles, con muchas peleas, discusiones, posteriores reconciliaciones y continuas decepciones. Pueden tomar la forma de romances intensos, donde la atracción es principalmente sexual, caracterizada por el enamoramiento y porque nunca se convierte en amor maduro. Como mucho, establecen una relación de amistad a largo plazo mientras mantienen aventuras con otros. La investigación revela, sin embargo, que casi nunca poseen los elementos de madurez de firmeza sosegada, confianza, dependencia mutua y la fidelidad sexual característica de un alto número de matrimonios heterosexuales.

El objeto de este escrito no es descartar las amistades del mismo sexo. Donde hay amistad, hay amor pero es amor limitado a la amistad.

UNA MIRADA A LAS PAREJAS DE HOMBRES

La mayoría de la gente, sin tener en cuenta la tendencia sexual, tiene la esperanza de encontrar una pareja estable. Las relaciones de larga duración le proporcionan a la mayoría de la gente un nivel más alto de autoestima, seguridad emocional, salud y felicidad.

Los homosexuales también declaran el deseo de compartir sus vidas con un compañero (Saghir y Robbins 1973, Weinberg y Williams 1974). Ven las parejas estables como la solución a muchos problemas personales (Hoffman 1968). Cuando establece una relación, el hombre gay está menos preocupado por la intolerancia social y se siente menos deprimido y culpable. (Weinberg y Williams 1974).

Con la excepción del trabajo pionero de Warren (1974), se le había prestado poca atención a las parejas estables homosexuales hasta recientemente. Entonces en 1984, McWhirter y Mattison publicaron *The Male Couple,* un estudio en profundidad diseñado para evaluar la calidad y estabilidad de las parejas homosexuales de larga duración. Su estudio fue emprendido para refutar la fama de que las relaciones entre hombres homosexuales no duran mucho tiempo. Los mismos autores son una pareja homosexual, uno psiquiatra y el otro psicólogo. Después de mucho buscar, fueron capaces de localizar 156 parejas de hombres cuyas relaciones habían durado desde 1 a 37 años. Dos tercios de los encuestados habían iniciado la relación con la esperanza ya sea implícita o explícita de fidelidad sexual.

Los resultados muestran que de esas 156 parejas sólo siete habían sido capaces de mantener fidelidad sexual. Además, de esas siete parejas, ninguna había durado más de cinco años. En otras palabras, los investigadores fueron incapaces de encontrar *una simple pareja de hombres que fuera capaz de mantener fidelidad sexual durante más de cinco años.* Ellos declararon:

> *La perspectiva para la actividad sexual fuera de la pareja era la regla para las parejas de hombres y la excepción para los heterosexuales. Las parejas heterosexuales vivían con la esperanza de que su relaciones eran "hasta que la muerte los separase" mientras que las parejas gays dudaban de que sus relaciones pudieran sobrevivir. (p. 3)*

> *McWhirter y Mattison admiten que la actividad sexual fuera de la relación produce con frecuencia la pérdida de la confianza, de la autoestima y de la dependencia. Sin embargo, ellos piensan que el factor simple más importante que mantiene a las parejas juntas pasados los diez años es la ausencia de posesión que sienten. Muchas parejas aprenden muy pronto en su relación que la posesión recíproca sexualmente puede convertirse en la mayor amenaza interna para su convivencia en común. (p. 256)*

Otros investigadores ven también beneficiosa para las relaciones gays la libertad sexual. (Harry 1978, Peplau 1982).

Una enorme cantidad de estudios ha encontrado a la infidelidad como la característica de las relaciones prolongadas de hombres (Bergler 1951, Dailey 1979, Saghir y Robins 1973). En un estudio de treinta parejas, Hooker (1965, p.46) encontró que todos excepto tres expresaban "un intenso deseo de estabilidad, continuidad sexual, intimidad, amor y afecto para las relaciones."- pero sólo una pareja había sido capaz de mantener una relación monógama de diez años. Hooker concluyó: "Para muchos homosexuales, son típicas las aventuras de una noche o relaciones de corto tiempo" (p. 49).

El deseo de fidelidad sexual en la relación y los beneficios de semejante compromiso son universales. En la larga historia del hombre, la infidelidad nunca ha sido relacionada con la madurez. Incluso en culturas donde es relativamente común, no es más que tolerada discretamente.

Viendo el hecho innegable de que las relaciones de gays son promiscuas, la literatura gay no tiene más opción que promover el mensaje de que las relaciones en fidelidad son irreales. McWhirter y Mattison van más allá al decir que debemos redefinir la fidelidad para que signifique "formalidad emocional". Es decir, mientras se comprenda que tendrán relaciones sexuales con otras personas, hay un acuerdo por el que los miembros de la pareja, sin embargo, serán fieles el uno al otro emocionalmente.

Sin embargo, ¿Cómo puede una relación sin fidelidad sexual permanecer con confianza emocional? Ese tipo de fidelidad es sólo una abstracción, divorciada del cuerpo. De hecho, el acuerdo de tener aventuras fuera de la pareja impide la posibilidad de la confianza y la intimidad.

EL DESENGAÑO Y LA ELECCIÓN DE AMAR

La relación homosexual se agrava de doble forma con la exclusión defensiva y la motivación de compensar la carencia personal. Por tanto, tomará normalmente la forma de una idealización irreal de la persona como una "imagen". La persecución de esta imagen significa con frecuencia una dependencia auto-denigrante del otro hombre. Esta perspectiva irreal se basa en los aspectos superficiales de la otra persona y conduce a la decepción. Debido a estas proyecciones irreales, la pareja homosexual tiene dificultad para ir más allá de este estado de "desilusión" en una relación.

Como hizo con su padre, el homosexual se equivoca total y completamente al percibir a su amante. Su ambivalencia homosexual y su exclusión defensiva mitigan la confianza y la intimidad. Fácilmente desilusionado en la relación, renueva con frecuencia su esperanza buscando otra pareja. Sin embargo es este estado de desilusión el que ofrece la apertura a una relación madura. Aquí se nos requiere que hagamos una percepción realista y honesta de la otra persona, incluyendo sus defectos. Basados en esa percepción honesta, entonces podemos elegir amar. Es esta elección de amar la que marca el comienzo de una relación madura.

Al buscar y sexualizar relaciones con otros hombres, el homosexual está intentando integrar una parte perdida de sí mismo. Debido a que esta atracción surge de una carencia, no es completamente libre para amar. A menudo percibe a los otros hombres en términos de lo que pueden hacer para él. Así dar de sí mismo puede parecer más una disminución que un crecimiento. La persona que se compromete en una relación con un sentido profundo de carencia puede no resistir el estado de desilusión, porque al elegir una persona, no puede tenerla por completo. Confiar en una persona es abandonar opciones futuras. Ahí está el miedo –ansiedad real- ante la posibilidad de ser prescindible. Así la persona homosexual se inclina a poner su esperanza en posibles futuras relaciones.

Elegir amar es tener que aceptar los límites de la relación. Puede que nunca tenga esto ni aquello ni lo otro. El amado nunca será tal y cual y así sucesivamente. Sin embargo, la madurez significa aceptar estas limitaciones y crear desde ellas. La creatividad para ver nuevas opciones en la relación procede de una flexibilidad encontrada en ella. Porque en realidad, siempre habrá opciones -quizá no externamente sino en nuestro extenso repertorio de reacción.

La moraleja de esta historia es: No esperes una relación homosexual monógama porque las aventuras recreativas son una parte del estilo de vida gay.

LA BÚSQUEDA DEL IDEAL MASCULINO

A pesar de la retórica gay sobre la androginia, la masculinidad permanece en el ideal gay. Es la propia deficiencia masculina lo que se busca en las parejas sexuales. Hooker (1965) observa el particular valor de la masculinidad. Hoffman (1968) describe la masculinidad como "el rasgo individual más deseable" (p. 17) y dice que "los hombres afeminados son tenidos en mucha menor estima que los homosexuales de apariencia masculina" (p. 145). Lo siguiente fue observado por Barry Dank (1974):

En el mundo gay la masculinidad es una mercancía de valor, una ventaja en el mercado sexual…. Si hay un consenso acerca de alguna materia en el mundo gay, es que la masculinidad es mejor que el afeminamiento. La norma en el mundo gay es que se debe ser masculino. Se debe ser "un hombre" y no un "mariquita". Frases como, "Esas reinas 'nellie' me ponen enfermo", son típicas. Esta preferencia por lo masculino concierne no sólo al área de la atracción sexual… en los grupos de amistad y organizaciones homófilas que he estudiado… la diferenciación de status está muy relacionada con la masculinidad-feminidad, con los que son más masculinos en los lugares más altos de la jerarquía del status. (P. 191)

En su estudio del hito, Bell y Weinberg (1978) advirtieron de forma similar:

Un interés principal que muchos de nuestros encuestados tenían en un compañero sexual prospectivo era el grado al que se configuraba a una imagen estereotípicamente "masculina" (p. 92).

Como explicaba un paciente:

Esta semana hice una lista de todos los tíos con los que he tenido sexo alguna vez. Me preguntaba, ¿qué me atraía? Me di cuenta de que tenía que ver con los rasgos de masculinidad y una apariencia de auto-seguridad. Algunos de ellos tenían esta hiper-masculinidad- eran carroceros, etc. Mirando atrás, me doy cuenta de que esta atracción por la masculinidad tenía que ver con mi falta de confianza en mí mismo. Me doy cuenta también ahora de que la mayoría de ellos eran realmente tan inseguros como yo.

Anna Freud (1949) describe casos en los que la búsqueda del "hombre fuerte" como compañero sexual representaba un esfuerzo por conseguir la propia masculinidad perdida. Los atributos secundarios del sexo masculino (pelo, fuerza, rudeza) eran usados como determinantes a la hora de elegir hombre -objeto sexual, porque representaban lo que lo que el paciente en sí mismo carecía. Nunberg (1938) describe también un tipo de paciente homosexual cuya "magia simpática" le lleva a creer que "a través del mero contacto con un hombre fuerte, o por medio de un abrazo o de un beso, podría asimilar su fuerza y llegar a ser él mismo tan fuerte como el hombre al que deseaba" (p. 5)

El heterosexual, por otra parte, no es tan dependiente psicológicamente a la hora de encontrar el ideal femenino para la gratificación, debido a que no tiene necesidad inconsciente de llenar su proceso de identificación sexual.

Un paciente describe este impulso hacia la virilidad de otro hombre y sus raíces en su propio sentido de carencia.

Nací hombre. Es mi identidad. Siempre me ha gustado la idea de ser un hombre pero siempre me he sentido inseguro de ello. Yo no nací inseguro. La inseguridad me fue dada por personas y situaciones de la misma forma en que es dada la confianza. Toda mi vida he recibido mensajes que me decían que no era bastante bueno como hombre. Mi padre me enseñó que los hombres trabajaban duro por lo que continuamente me criticaba y me despreciaba.

Nací con una condición ortopédica que no me permitía realizar ejercicio riguroso ni deportes competitivos. Pasé muchos años mirando a mis semejantes expresar su virilidad exuberante en esas actividades, cómo se divertían y se sentían realizados. Sin embargo, intentando yo hacer lo mismo, sólo conseguía el dolor físico y el miedo al colapso y esto fue otro mensaje que me decía que estaba fracasando a la hora de ser un hombre.

Me sentía intimidado cuando intentaba unirme a hombres que se sentían realizados en cosas que yo no podía hacer. Ellos me veían de segunda clase. Yo me quedaba atrás y me salí del club de los hombres. No sólo me sentía inseguro sino completamente extraño a todo lo masculino. Se suponía que yo era un hombre pero no lo sentía debido a todo lo que me estaba pasando. Y luego la sociedad decía que este deseo que sentía hacia lo masculino se debía a que ¡"yo nací de esa manera"!

Durante mis dos años y medio de terapia, he visto que mis tendencias homosexuales no eran un grito para tener otro hombre sino una forma varonil. Yo no nací de esta forma. Fue una herida que se me hizo. Fue un pecado de orgullo que me hizo creer que el ser disminuido es vergonzoso. He perdonado a los hombres que me hirieron de la misma forma que me he perdonado a mí mismo por los años de huida. Y he sido bendecido por la libertad y la rehabilitación.

EL ELEMENTO FEMENINO QUE FALTA

Las mujeres producen estabilidad y complementariedad en una relación de amor. Sin el elemento estabilizador de lo femenino y la estimulación de su compensación física y emocional complementaria, los hombres son generalmente incapaces de mantener intimidad y cercanía sexual. Cuando las pasiones románticas disminuyen y la familiaridad homosexual decae, normalmente se pierde la costumbre de amar. Normalmente, un suceso o situación servirá de catalizador –algo inesperado o inusual que disgusta a uno de los dos. De repente el otro es visto como que ha fallado a la hora de cumplir el ideal que originalmente se pensaba que iba a ser. Hay una herida profunda y un sentido mutuo de traición. Puede seguir un número creciente de pequeñas peleas, después de las cuales uno o los dos miembros de la pareja deciden que no son tan compatibles como pensaban en principio o puede haber una simple confrontación violenta y destructiva.

Con la primera experiencia de aburrimiento en la relación, las parejas de hombres a menudo recurren a maniobras narcisistas para la recuperación del interés. Y así hay engaños, provocaciones, una muestra de desinterés y peleas, seguidos de gestos románticos de conciliación. Las relaciones homosexuales "a menudo se complican desde el comienzo por los dramas, la angustia y las infidelidades" (Pollak 1985, p. 51), con una intensidad particular de dependencia, celos e ira. Las relaciones domésticas más volátiles con las que he trabajado han sido las de parejas de hombres. Existen las típicas quejas de intensa ambivalencia, conflictos violentos y a veces heridas físicas. Debido a que la relación está forzada a soportar la carga de las necesidades de dependencia de la infancia perdida, hay una gran cantidad de celos y sospecha. El compañero homosexual está preocupado con frecuencia con preguntas como "¿dónde estará ahora?", "¿con quién está?", "si se está masturbando, ¿en quién pensará?" Puede haber impotencia sexual o una forma deliberada de frustración sexual como forma de control. A menudo los amantes llegan a convertirse en exigentes o envidiosos y se quejan de que los límites han sido impuestos.

Posteriormente, un nuevo romance traerá con frecuencia el amor romántico con otro escenario similar, caracterizado por la excitación con el descubrimiento de cada rasgo compartido. Sin embargo, como estos descubrimientos son a menudo proyecciones de parecidos inexistentes, el escenario se derrumba por la desilusión. Enseguida otra vez un hombre así se siente asfixiado y abrumado, y la ausencia de descanso junto con la decepción producen el deseo de otro amante.

La descripción de Carol Lynn Pearson de las relaciones de su marido gay en *Goodbye, I love you* ofrece un retrato sensible de este ciclo de enamoramiento y desilusión. Pearson describe cómo su marido la dejó a ella y a sus cuatro hijos para

proseguir la vida en la comunidad gay de San Francisco, cogiendo el paso al golpe del tambor del "sargento no visto de la calle Castro." (Más tarde murió de SIDA.)

El marido de Pearson venía a casa periódicamente para hablar con ella sobre sus amantes, creyendo cada vez que había encontrado al hombre de su vida. Sin embargo, después de un breve periodo de enamoramiento, se decepcionaba invariablemente. Sus aventuras se caracterizaban por las oscilaciones emocionales de júbilo y optimismo para profundizar en la desilusión y la herida. Se quejaba de que sus amantes eran excesivamente dependientes, exigentes, e inmaduros y lamentaba el hecho de que no podía encontrar un hombre como su esposa. William Aaron describe cómo él se resignaba ante un problema similar:

> *Había aceptado los modos de vida del mundo gay y era capaz de disfrutar de contactos sexuales por lo que eran: transitorios, inmaduros pero a menudo aventuras agradables… de los hombres gays que he conocido, los que son más felices son los que han hecho una adaptación de buen humor a los hechos de la vida homosexual y no esperan mucho. (1972, p. 138).*

La tendencia hacia la desilusión repetida en las relaciones es interpretada a menudo por los terapeutas de afirmación gay como consecuencia de la interiorización de la homofobia.

Nosotros no estamos de acuerdo. Más bien es la evidencia de tanto la exclusión defensiva como de la incompatibilidad fundamental inherente a cualquier pareja homosexual. Los hombres tienden a separar más pronto el sexo y el amor que las mujeres. Sin la influencia femenina en una relación de amor, una fuerza básica esencial se perderá siempre.

EL DESAFÍO DE LAS RELACIONES

Nosotros venimos a conocernos mejor en una relación comprometida y mientras más íntima sea la relación, mayor será la oportunidad para el crecimiento personal. Aprendemos de nosotros mismos por la forma en que sentimos a nuestras parejas y por la forma en que ellos nos sienten, en los niveles más profundos. Muy a menudo, sin embargo, los pacientes homosexuales exponen que cuando comienzan a conocer a otro hombre en la intimidad, su interés sexual sobre él disminuye. Siempre es, dicen, la persona distante la que les resulta más atractiva. Vemos aquí el ciclo frustrante de atracción distante y luego cercano desinterés, un ciclo de continuo, y para muchos, eterno, deseo frustrado de intimidad.

EL PROBLEMA DE ESTABLECER LOS LÍMITES

Cada pareja comprometida en una relación vive el desafío de rendirse ante su compañero, aunque sea paradójicamente, para establecer los límites para su intimidad. La relación puede ensalzar y amenazar simultáneamente la identidad individual. Como consecuencia, en todas las relaciones hay un conflicto inevitable de acercamiento y evitación. Este conflicto de acercamiento-evitación es particularmente evidente en las relaciones homosexuales. Muchos pacientes que han tenido relaciones de larga duración las describen como posesivas, controladoras y asfixiantes. Cuando son amenazados por lo que parece ser una fusión de identidad en alguien más, una persona suele establecer nuevos límites y en el mundo gay, esto lleva generalmente a una aventura con otra persona.

Tener una experiencia sexual fuera de la pareja puede ser una forma devastadora de recuperar el débil sentido de límite. Contrario al dicho popular gay sobre su naturaleza recreativa, en las relaciones sexuales permanece un cambio interpersonal

profundo. Una aventura con otra persona viola la confianza y crea una nueva separación entre los miembros de la pareja. Moverse de una persona a otra y de una relación a otra es como vagar en una sala de espejos. Donde quiera que el hombre gire, se encara consigo mismo. Cuando se detiene y mira su vida, se encara con el diseño de sus decepciones: Mientras que cada uno de sus amantes parecían ser el problema, en él de hecho permanece la constante.

Capítulo 12

LA SEXUALIDAD GAY

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los elementos compulsivos y adictivos del estilo de vida gay han sido documentados por muchos escritores. En 1948, Kinsey observó que las relaciones homosexuales de larga duración son notablemente pocas. Resultados más recientes han dicho una historia similar. Hoffman (1968) afirma: "La promiscuidad sexual es uno de los rasgos más notables y distintivos de la vida gay en América" (p. 45). En *El Placer del Sexo Gay* (1977), Silverstein y White dicen que los gays de hoy representan hedonismo en su forma más extrema, con encuentros de una noche y breves juergas que ofrecen variedad y excitación constantes.

En 1978, el Instituto Kinsey publicó un estudio de Bell y Weinberg, descrito como el estudio de la homosexualidad más ambicioso realizado nunca. Mostraba que el 28 por ciento de los hombres homosexuales habían tenido encuentros sexuales con *mil* o más compañeros. Además, el 79 por ciento decía que más de la mitad de sus amantes eran extraños. En ese estudio, sólo un uno por ciento de los hombres activos sexualmente había tenido menos de cinco amantes en su vida. Los autores admiten: "El pequeño crédito se puede dar a la suposición de que la 'promiscuidad' de los hombres homosexuales ha sido sobreestimada" (p. 82). "Casi la mitad de los hombres homosexuales blancos…decía que habían tenido al menos 500 compañeros sexuales diferentes durante el curso de sus carreras homosexuales" (p.85).

Un paciente describe este tipo de forma de vida promiscua:

> *Estaba metido en el sexo totalmente anónimo y nunca en relaciones con personas. Y ahora miro atrás y lo veo como una enorme, una enorme pérdida de tiempo y energía. ¿Qué demonios estaba haciendo? Si hubiera enfocado mi energía de formas más productivas, creo que ahora estaría en otro lugar. Creo que probablemente sería más productivo, quizá tendría más éxito, sería más feliz. Me quitó mucha energía. Cuando llegaba el momento de hacerlo, era excitante e impulsivo. Quería y lo hacía. Cuales fueran las consecuencias en aquel momento, me figuraba que trataría con ellas más tarde. Cuando me veía envuelto en una experiencia tal, nunca pensaba en nadie más que en mí. Estaba totalmente, totalmente absorbido en lo que pasaba en ese momento para mí.*

Pollack (1985) afirma que las relaciones homosexuales pocas veces duran más de dos años. Describe la conducta sexual entre los gays como "un promedio de varias docenas de compañeros al año" y "cientos en toda la vida" con "tremenda promiscuidad" (p.44). Dice:

> *El sistema de ligue homosexual es el producto de la búsqueda de eficiencia y economía en alcanzar la maximización de "beneficio" (en números de compañeros y orgasmos) y la minimización del "coste" (pérdida de tiempo y riesgo de avances de ser rechazado). Ciertos lugares son conocidos por una pacientela particular y consumación inmediata: Tales como bares "leather", que*

a menudo tienen una habitación trasera reservada especialmente para ese propósito, saunas y parques públicos. (P.44)

El libro autobiográfico de William Aaron, *Straight,* describe conclusiones similares:

En la vida gay la fidelidad es casi imposible. Debido a que parte de la compulsión de la homosexualidad parece ser una necesidad en la parte de la homofilia para "absorber" la masculinidad de sus compañeros sexuales, debe estar constantemente en la búsqueda (de nuevos compañeros). Constantemente los "matrimonios" homofílicos con más éxito son aquellos en los que existe un acuerdo entre los dos de tener aventuras mientras mantienen la semblanza de permanecer en su convenio de vida. (p.208)

Concluye:

La vida gay es más típica y funciona mejor cuando los contactos sexuales son impersonales e incluso anónimos. Como grupo los homosexuales que he conocido parecen mucho más preocupados con el sexo que los heterosexuales y con mucha más probabilidad de pensar en una buena vida sexual con muchos compañeros bajo muchas circunstancias excitantes. (p.209)

En la cara de estos descubrimientos repetidos sobre la infidelidad, algunos asesores aconsejan al homosexual que lleve a cabo una relación monogámica. Sin embargo, una comprensión verdadera de la causa de la homosexualidad –la búsqueda simbólica de la propia masculinidad- explica la ingenuidad de dicho consejo.

Porque han sido testigos de la característica promiscua del estilo de vida gay y su consecuente frustración y desmoralización, un número de pacientes entra en la terapia reparativa para dejar la homosexualidad. Son conscientes de su necesidad para toda la vida, la relación monogámica queda insatisfecha casi con toda seguridad en el mundo gay.

FACTORES QUE FAVORECEN LA PROMISCUIDAD

El aspecto adictivo del sexo ha sido reconocido por muchos investigadores, incluyendo a Masters y Jonson (1979). Un hombre que esté depresivo puede ganar un sentido temporal de superioridad a través del sexo anónimo debido a su excitación, intensidad, incluso peligro, seguido de la liberación orgásmica y una reducción inmediata de tensión. Más tarde probablemente se va a sentir disgustado, con remordimientos y fuera de control. Por medio del arrepentimiento vuelve a tomar el control y todo va bien otra vez. Pero cuando no hay nada para alimentar ese estado sano, es un asunto de tiempo hasta que se deprima, se sienta impotente y fuera de contacto consigo mismo y busque sexo anónimo como una solución a corto plazo para volver a ponerse en contacto y sentir el control otra vez.

Con frecuencia el paciente homosexual afirmará que busca sexo anónimo siguiendo un incidente en el que se sintió ignorado o despreciado por otro hombre. Sintiéndose una víctima, actúa sexualmente como una forma de reafirmarse y conseguir de nuevo algo que siente que le fue arrebatado. Una vez más, se siente culpable y tiene que arrepentirse o hacer reparaciones. Muchos hombres gays se convierten en adictos no sólo para la liberación sexual sino para el ciclo compulsivo completo. La impulsividad sexual tiende a dominar la vida de la persona, si no por la conducta, luego por la preocupación y fantasía.

En estas conductas sexuales impersonales, repetitivas e impulsivas, encontradas tan a menudo en el estilo de vida gay, vemos las cualidades que se asocian generalmente con la perversión, a saber, un vínculo focalizado con el objeto, con un deseo de una relación intensa pero, al mismo tiempo, con una resistencia a la intimidad. Los hombres que viven un estilo de vida así tienden a separar la sexualidad del afecto. Hoffman (1968) describe la "fetichización del sexo" que se encuentra en la vida gay (p.168), y Gottlieb (1977) señala el fuerte elemento de fantasía sexual que se ha llegado a institucionalizar en la cultura gay. Masters y Johnson (1979) descubrieron que esas fantasías tendían a ser más violentas que las de los heterosexuales.

La atracción homosexual se caracteriza con frecuencia por una respuesta primitiva a las partes del cuerpo o aspectos de la persona, y cuando disminuye el interés en esos tratos por medio de la familiaridad, sigue una pérdida de interés en el resto de la persona. Estas atracciones se caracterizan con frecuencia por la impulsividad, el intento simbólico y sugerente del inconsciente de satisfacer una carencia. En comparación, los hombres heterosexuales parecen de menos fijación por los rasgos. Mientras que algunos pueden imaginar su mujer ideal como rubia, alta, de ojos azules o con ciertas partes del cuerpo ideales, apenas vemos el desinterés distintivo en las mujeres sin esos rasgos.

EL PROBLEMA DE LA IGUALDAD SEXUAL

El acto sexual entre dos personas del mismo sexo es por característica aislado y narcisista. Es "disfrutado individualmente más que experimentado mutuamente" (p.214) con una técnica de "mi turno-tu turno" (p.214) y "Tú me lo haces, yo te lo hago" (Masters y Johnson 1979). Los episodios orgásmicos se experimentan por separado y se necesita más diálogo para su negociación. La igualdad sexual disminuye el interés y crea la necesidad de mayor variedad, incluyendo otros compañeros (Masters y Johnson 1979). Los escritores gays McWhirter y Mattison (1984) corroboran este punto de vista, diciendo: "La igualdad y similitudes encontradas en las parejas de hombres son obstáculos formidables para continuar la alta vitalidad sexual en sus últimas relaciones" (p.134).

SEXUALIDAD ENFATIZADA

Un escritor –que, debería mencionarse, cree que la sociedad es responsable de las condiciones insanas del mundo gay- observa estas siguientes condiciones:

> *Debe recordarse que en el mundo gay el único criterio real de valor es el atractivo físico… El joven homosexual encontrará que sus hermanos homosexuales sólo le querrán como objeto sexual. Aunque puedan invitarle a salir a cenar y darle un lugar donde quedarse, cuando hayan satisfecho su interés sexual sobre él, probablemente se olvidarán de su existencia y de sus propias necesidades personales… Debido a que el único criterio de valor en el mundo gay es el atractivo físico, ser joven y atractivo es como ser millonario en una comunidad donde la riqueza es el único criterio de valor. (Hoffman 1968, pp.153, 155).*

Envejecer se ve particularmente de forma negativa en la cultura homosexual, concediéndoles un alto valor a la juventud y al atractivo físico (Bell y Weinberg 1978, Nelly y Worell 1977). En su estudio psicoanalítico de diez parejas, seis de las cuales eran homosexuales, Gershman (1981) observó que en la pareja homosexual "la sexualidad tiene mayor importancia y juega un enorme papel." Además, hace la observación de que los homosexuales con los que ha trabajado "mostraron una buena cantidad de soledad, narcisismo común, posesión, inseguridad e inferioridad" y que "la sexualidad completa sus necesidades más efectivamente y se convierte en lo más importante para ellos." (p.154)

En su investigación, Gershman encontró que la mayoría de las parejas de hombres que estudió estaban de acuerdo con la promiscuidad, el tiempo en que se mantuviera bajo discreción. Averiguó que mientras las parejas de hombres estudiadas eran capaces de tener alta compatibilidad en muchos asuntos, existía una enorme dificultad en mantener el interés sexual.

La identidad gay se construye alrededor de la sexualidad y, de hecho, el sexo es un tema central a lo largo de la vida gay. Este es un fuerte factor que contribuye a la incapacidad de mantener la monogamia.

Capítulo 13

EL RECHAZO A RECONOCER ELEMENTOS PATOLÓGICOS

EL ARGUMENTO DE LA LIBERACIÓN GAY

El movimiento de liberación gay comenzó en 1969 con protestas en el Club Stonewall en la ciudad de Nueva York. Ahora en su tercera década de vida, este movimiento realiza dos distintas demandas:

Tolerancia. Los líderes del movimiento gay han intervenido a favor de la igualdad social, política y económica. Ha habido una llamada a favor de los derechos civiles en todos los aspectos de la sociedad y un fin a la larga historia de discriminación contra los homosexuales.

Aprobación. Este segundo aspecto de la posición del movimiento de liberación gay va un paso más allá, intentando convencer a la sociedad de que la homosexualidad es normal- como si se tratase de ser zurdo, ciertamente menos común pero sin embargo, tan natural y tan sano como ser diestro. Cualquier desventaja de su condición es atribuida a los prejuicios de una sociedad de diestros.

Estos dos argumentos son frecuentemente difuminados y presentados frecuentemente de forma sinónima. Debido a que hay un supuesto erróneo de que si la sociedad es tolerante y respeta el derecho de un individuo a llevar el estilo de vida gay, ésta debe ir un paso más allá con el fin de dar el mismo valor a esa forma de vida así como a la condición homosexual. Aunque debemos respetar los derechos individuales, como sociedad sin embargo tenemos la responsabilidad de preguntar: "¿Qué es sano?". Durante los últimos veinte años el Movimiento de Liberación Gay ha estado demandando no sólo el derecho a la igualdad política y social sino una aceptación de normalidad.

La lógica del siguiente supuesto siempre me ha sorprendido. Como el cuatro por ciento de la gente es homosexual, la homosexualidad *debe ser una variación normal* de la sexualidad humana. El hecho que sucede en otras culturas y en especies sub-humanas, bajo ciertas condiciones (Ford y Beach 1951) se ve también para demostrar su normalidad. Una lógica así sería equivalente a concluir que debido a que un porcentaje dado de gente se rompe una pierna cada invierno, una pierna rota es una condición natural y no se debería intentar evitar.

Para mucha gente los deseos homosexuales son en verdad normales. Sin embargo, lo que se siente "normal", creemos nosotros, es el esfuerzo inconsciente de curarse a sí mismo por medio de la intimidad sexual. Lo que se siente "natural" es la búsqueda simbólica de la identidad sexual. La condición homosexual, si se entiende correctamente, es siempre una barrera para el desarrollo pleno. Fuera del miedo de la intolerancia, nosotros no hemos sido preparados como sociedad para separar la retórica de la realidad y para examinar la condición con honestidad.

LA NEGATIVA A LA APROXIMACIÓN

Al revisar los estudios recientes de relaciones de gays, un lector no puede evitar su asombro ante la ausencia persistente de comentario reflexivo. Los investigadores gays son descriptivos con tenacidad pero rara vez evaluadores. Mientras que la conducta sexual dentro de la relación es cuantificada y discutida con enorme detalle, existe un vacío de comentario cualitativo sobre los aspectos psicológicos o emocionales. Estos estudios se enfocan generalmente sociológicamente, por lo que, como consecuencia, se asume toda patología como producida por la sociedad.

LOS DESCUBRIMIENTOS SOBRE LA PROMISCUIDAD SEXUAL

La promiscuidad del mundo gay es negada a veces con vehemencia por los apologistas gays. Luego, otros lo admiten y lo califican como normal. Al mismo tiempo que no todo homosexual tiene múltiples amantes anónimos, la realidad innegable es que el mundo gay es, de hecho, promiscuo por característica.

Los apologistas que reconocen la evidencia de la investigación de la promiscuidad tienden a racionalizarla como parte de la condición gay. Este argumento es justificado (1) culpando a la opresión heterosexual de producir la promiscuidad; (2) diluyendo el valor de la intimidad en las relaciones sexuales o (3) negando que la promiscuidad juegue algún papel en la ausencia de intimidad. Al minimizar el significado de la promiscuidad, los apologistas de los homosexuales hablan de “la persona adaptada temperamentalmente al sexo impersonal” (Fisher 1975, p. 241) como si fuese simplemente un asunto de gusto personal que no merezca un estudio psicológico serio.

La promiscuidad característica de la forma de vida gay la coloca en un conflicto inevitable con los valores de la sociedad convencional. Para ganar aceptación de la cultura a largo plazo, los líderes gay deben representar mal estas prácticas antisociales. Como la liberación sexual ha sido siempre una demanda fundamental del movimiento gay, los líderes gays han sido incapaces de pedir la monogamia y la responsabilidad en las relaciones. Una maniobra reciente con respecto a este obstáculo para la aceptación de la sociedad es la promoción de una campaña en los medios nacionales que transmita una imagen respetable del estilo de vida gay. Con la intención de educar a la sociedad sobre la homosexualidad, estos líderes proponen intentar minimizar los aspectos sexuales de la vida gay con la esperanza de ganar derechos civiles y una amplia aceptación (Revista Time, 10 de Julio, 1989).

UNA PREGUNTA QUE NO SE HACE

Los investigadores gays prefieren presentar la etiología de la homosexualidad como un hecho a priori fuera de toda investigación. Justo como no se investigarían las causas de la heterosexualidad, no se preguntan las causas de la homosexualidad (Stein y Cohn 1986). Los apologistas de los gays proponen que la homosexualidad no es sino preferencia sexual (Stuppe 1982), de la misma forma que uno tiene preferencia por la vainilla o el chocolate. Mostrando su desacuerdo, Money (1988) dice que “la preferencia” no tiene nada que ver con ello. De manera similar, Friedman (1988) dice que la “preferencia sexual” carece de sentido como “preferencia de identidad de género”.

Los comprometidos con la ideología de que “la homosexualidad es natural” minimizan las observaciones repetidas en investigaciones sobre los patrones de familias insanas en los orígenes de la homosexualidad. Descartan la preponderancia de la evidencia científica porque ha habido algunos resultados inconsistentes. Han

desistido de investigar acerca de los orígenes de la homosexualidad por miedo a cambiar la dirección en la cuestión de la patología. Los apologistas de los gays descartan improvisadamente la investigación anterior y la teoría sobre la homosexualidad como pasada de moda o anticuada como si fuese un hecho establecido el que dicha teoría haya sido desaprobada. De hecho no hay datos científicos para contradecir 75 años de investigación empírica y clínica sobre la homosexualidad. ¿En qué otro foro público se ha concluido alguna vez que 75 años de observaciones profesionales han sido simplemente "desaprobados"? El debate debe de hecho continuar.

CONSIDERACIONES TRANS-CULTURALES

En un esfuerzo por demostrar que la desaprobación de la homosexualidad es simplemente un prejuicio occidental, los investigadores gays señalan con frecuencia a investigar en otras culturas. En realidad, una revisión de estudios trans-culturales revela una amplia variedad de patrones de conducta homosexual.

La primera investigación trans-cultural moderna y extensiva de la homosexualidad fue *Patrones de conducta homosexual* (1951), de Ford y Beach, que analizaba 76 sociedades a lo largo del mundo. Los autores llegaron a la conclusión de que todas las culturas conocidas son partidarias de forma muy fuerte de la heterosexualidad. Carrier (1980) dice que incluso en las sociedades donde los varones son libres para participar en actividades homosexuales, la homosexualidad exclusiva no está autorizada.

Sin embargo, la conducta homosexual ritualizada es a veces una parte del proceso de iniciación masculina en las tribus primitivas. La Tribu Sambia de Nueva Guinea se ha utilizado a menudo como una ilustración de la aceptación cultural de la conducta homosexual. Una comprensión más amplia de esa cultura revela que la conducta homosexual de chicos jóvenes y de hombres es en realidad una preparación simbólica para la heterosexualidad de esa sociedad, a la que se le concede mucho más valor (Stoller y Herat 1985). El llamado homo-erotismo institucionalizado para todos los chicos es sólo una preparación para el eventual matrimonio heterosexual. "En esa tribu tanto hombres como mujeres no son definidos como personas completas si no tienen niños" (p. 400). "La homosexualidad es sancionada negativamente y el hombre que consiente reiteradamente (en la homosexualidad) corría el riesgo de ser despreciado como 'hombre basura'" (p. 401). En otra cultura, el pueblo Kimam de Irian Jaya, volvemos a ver la conducta homosexual ritualizada utilizada con el fin de fortalecer el sentido subjetivo del chico de la virilidad (Gray 1986).

Entre algunas culturas indias americanas se creía que la luna se le aparecía a un chico y le ofrecía un arco y una flecha o una serie de collares de los indios. Si el muchacho dudaba, la luna le daba una serie de collares femeninos y su destino estaría marcado como homosexual (*Indians*, 1973, p. 129).

LA RELACIÓN MENTOR–ALUMNO

A lo largo de la historia, los mentores han tenido su lugar en la maduración del chico y en el desarrollo de su masculinidad. Como un entrenador, padrino, rabino o preceptor, el mentor está encargado de impartir sus conocimientos acerca del punto de vista masculino de la vida. Fenichel (1945) describe la búsqueda del hombre joven de los secretos de la masculinidad por medio del "amor de aprendiz". En la antigua Grecia, donde los chicos eran educados por mentores mayores, la conducta homosexual era a menudo parte de la relación con el mentor. En muchas culturas y tradiciones, se utiliza la conducta homosexual como un intento ritual hacia el objetivo de conseguir la masculinidad y heterosexualidad. De hecho, se podría decir que toda homosexualidad *es* la *sexualización de la búsqueda de un mentor.*

LA CULPABILIZACIÓN

Los escritores gays culpan con frecuencia de los problemas inherentes a la homosexualidad a la pobre auto-imagen de las personas gays que es consecuencia de una interiorización de nuestros prejuicios contra la homosexualidad. Su solución al problema es social, reclamando que con la resolución de este prejuicio heterosexista, se solucionarán los problemas relacionados con la homosexualidad.

HOMOFOBIA

Aunque una fobia se define en realidad como un miedo irracional y exagerado, la homofobia se ha convertido recientemente en un término acomodaticio y unidimensional para expresar cualquiera y toda respuesta negativa hacia la homosexualidad. A todo escenario de desarrollo doloroso del homosexual se le echa la culpa de homofobia ya sea social o interiorizada. Se dice que la pobre relación entre padre e hijo es causada por la homofobia del padre –su sentimiento de amenaza por el afeminamiento del chico. La alienación del chico de sus semejantes en la infancia es consecuencia de su homofobia interiorizada. La alienación del adulto homosexual de la familia y de la sociedad es atribuida a la homofobia.

En la adolescencia, de la depresión, la soledad, la baja autoestima y cualquier abuso de drogas y de alcohol, se culpa con frecuencia a la homofobia social o interiorizada. Pero incluso podríamos culpar al narcisismo. De forma similar, se ve a la pasividad y a la ausencia de aserción como una reacción a un ambiente hostil. A los problemas interpersonales, como el fracaso para establecer y mantener relaciones de larga duración, se culpa a la homofobia. Los conflictos intrafísicos que llegan a manifestarse en el curso del tratamiento son atribuidos a la homofobia (Malyon 1982). La búsqueda de sexo anónimo se atribuye al auto-castigo inducido por la homofobia interiorizada. Hay una desaprobación de la idea de que podría haber carencias inherentes a la condición homosexual.

Weinberg (1972), que creó el término *homofobia*, tiene cinco criterios que lo definen. La característica citada más frecuentemente es “la amenaza a los valores” (pp. 16-17). Realmente, la homofobia se ha extendido más allá de la definición más temprana de Weinberg para ser “cualquier sistema de creencias que concibe la heterosexualidad como superior y/o ‘más natural’ que la homosexualidad” (Morin 1977). Por esta definición, probablemente cualquier tradición religiosa y cualquier cultura en la historia mundial podrían ser consideradas homofóbicas. Si fuéramos a hacer una encuesta a los padres y les preguntásemos si querrían que sus hijos fuesen homosexuales, casi todos los padres serían homofóbicos. El término ha sido extendido hasta la náusea.

Sin embargo muchos que utilizan el término se niegan a reconocer que sin ser “fóbico” es bastante posible rechazar el estilo de vida gay dentro de la estructura de los propios valores. Esto no significa que uno se vea amenazado porque tal estilo de vida erosione sus valores. Simplemente es una no aceptación del estilo de vida como alternativa natural y viable.

RESTRICCIONES EN EL TRATAMIENTO

El miedo de ser considerado homofóbico puede prevenir a los psicólogos de ofrecer el tratamiento que los mismos pacientes afirman que les es beneficioso. Los psicólogos han sido presionados para no tratar a niños con problemas de identidad sexual. Esto hace que algunas veces a los padres les sea muy difícil encontrar ayuda

para sus hijos. Algunos consideran carente de ética tratar a *adultos* que buscan terapia, debido a que la homosexualidad en sí no es considerada una enfermedad. El argumento es esa conversión de los terapeutas en agentes de control social (Marmor 1980). A pesar de esta crítica, determinado número de clínicos continúan creyendo que los pacientes homosexuales merecen la oportunidad de emprender el tratamiento adecuado.

CARENCIA DE APOYO DE LA SOCIEDAD

Una explicación sociológica de la promiscuidad gay repetida frecuentemente es la ausencia de apoyo cultural de la sociedad. Existen pocos modelos de rol con éxito de los que las parejas gay puedan aprender, de modo particular porque sus padres heterosexuales no les podían servir como ejemplos. Se dice que como el estilo de vida gay gane visibilidad y aceptación social, las parejas homosexuales estarán juntas más tiempo. Se dice: La carencia de base material y social que tiende a hacer que las relaciones heterosexuales duren" es en gran medida responsable de la "gran división entre afectividad y sexualidad" en el mundo gay (Pollak 1985, pp. 50-51).

Hay otras explicaciones para la promiscuidad sexual. Muchos investigadores creen que mientras más oculta tenga el gay su homosexualidad, más probabilidades tiene de unirse a la actividad sexual anónima. Algunos investigadores culpan de la promiscuidad gay a la carencia de la influencia represora de la mujer. Se ha sugerido también que la causa de la infidelidad se debe en parte a la cultura gay con su estructura encasillada de oportunidad sexual.

Aunque los homosexuales carecen de apoyos culturales y de guías institucionales, nosotros afirmamos que la causa central de la promiscuidad gay se encuentra en *el carácter incompleto inherente a la condición homosexual.*

EL ACERCAMIENTO AL "NUEVO ORDEN"

Algunos investigadores atribuyen la fama negativa de la promiscuidad del mundo gay al "etiquetado cultural" y proponen unas expectativas diferentes para las parejas homosexuales (Warren 1974). Muchos escritores proponen que la conducta homosexual no debería ser juzgada por las normas heterosexuales, concluyendo que la fidelidad es poco práctica en las relaciones homosexuales naturales (McWhirter y Mattison 1984, Warrwn 1974).

Este acercamiento al "orden nuevo" es parte del cinismo general existente en los escritores gays hacia los valores heterosexuales y una opinión de que la naturaleza humana es inherentemente promiscua de forma inherente. Algunos investigadores dicen que la fuerza del matrimonio heterosexual se debe en primera instancia a la presión institucional. Se dice que "muchos hombres y mujeres llegarían a un gran acuerdo por tener la oportunidad de ser un poco más promiscuos" (Fisher 1975, p. 241).

Otro autor, Churchill, revela su falta de esperanza acerca de la duración de las relaciones:

> *Se puede suponer razonablemente que nunca hubo ni habrá una persona que pueda satisfacer todas las necesidades físicas y espirituales de otra. Por lo tanto, tanto los esposos como las esposas deben pasar una gran cantidad de tiempo y realizar un enorme esfuerzo en la decepción y halago ingeniosos….*

> *Deben mantener la ilusión en la que se basa su matrimonio y sobre la que se justifica su relación sexual. (1967, p. 301)*

Churchill describe la situación monótona recordada con el término *hombre de familia*:

> Es difícil… imaginar a cualquier persona comprometida con el mundo en libertad como un hombre de familia u hogareño. Es casi imposible que cualquier hombre o mujer que se embarque en los cuidados y preocupaciones particulares de la vida familiar, se implique de forma muy profunda con los demás. (p. 305)

De la familia judeocristiana tradicional dice:

> Lejos de ser la fuente de todo bien, es la fuente de una enorme cantidad de males morales y sociales. Si todos los valores hogareños se aprenden en la base de la familia… no debería olvidarse que la mayoría de los vicios se aprenden también en la base de la familia: Satisfacción de sí mismo, celos, fanatismo, estrechez de miras, envidia, egoísmo, rivalidad, avaricia, prejuicios, vanidad y codicia. (p. 304).

Sin embargo, ¿dónde mejor puede aprender el niño sobre el amor y el compartir, el dar y la intimidad, si no es en su ambiente hogareño de su infancia entre los miembros de su familia más inmediatos? Recibir amor en la infancia es un prerrequisito para las actitudes altruistas futuras. Este retrato cínico de la vida familiar presente con frecuencia en los escritos gays puede reflejar las actitudes de los autores hacia sus propias familias. Incluso se podría decir que muchos gays se sintieron defraudados por sus propios sistemas familiares.

LA TERAPIA DE AFIRMACIÓN GAY

De pocos años para acá ha surgido la Terapia de Afirmación Gay (GAT) para facilitar la aceptación por parte del homosexual de su orientación.

La GAT está motivada con el fin de disminuir las cargas impuestas por la sociedad al homosexual. Sin embargo, cuando es propuesta como la única forma aceptable de terapia, impone sus propias cargas -por medio de las culpas que coloca en los homosexuales no gays que buscan la terapia reparativa.

La GAT lleva a cabo la asunción arbitraria de que el proceso de salir del armario es la solución a los problemas de todo paciente homosexual, presuponiendo una jerarquía de crecimiento personal desde “dentro” hacia “fuera”. La implicación es que su desarrollo se detiene cuando dirige sus problemas al armario.

Cuando un paciente afirma el deseo de seguir la terapia reparativa, la GAT presupone que éste sólo está reflejando los prejuicios de la sociedad, que ha interiorizado inconscientemente. Muchos asesores de la GAT creen que la terapia reparativa sólo servirá para enfatizar el sentido de culpa del hombre y su baja autoestima.

William Aaron, en su libro autobiográfico, *Straight,* tiene una perspectiva diferente: “Convencer a alguien de que hará una adaptación factible a la sociedad y a sí mismo reduciendo sus perspectivas y contentándose con algo que desprecia interiormente (homosexualidad) *no* es la solución” (p. 13).

LA IDEOLOGÍA DE LA TERAPIA DE AFIRMACIÓN GAY

Al mismo tiempo que el apoyo del gay en la adaptación a los desafíos de su vida es un objetivo noble de la GAT, estamos en desacuerdo con las asunciones de GAT.

En la base de esas asunciones está la convicción intratable de que la homosexualidad es una variación sexual sana y natural. Con esta asunción a priori, la GAT procede atribuir entonces a la homofobia interiorizada o social todo problema personal e interpersonal que la persona gay desarrolle. El modelo teorético de la GAT enmarca las experiencias de la vida del paciente en el contexto de la victimización, enfrentándolo inevitablemente con la sociedad convencional, con la familia de origen e incluso con su identidad étnica. Sin embargo la identidad madura siempre requiere algo más que culpar a la influencia de los demás- ya sea "exterior" o interiorizada- por los problemas de desarrollo de la personalidad más profunda.

La GAT afirma que sus pacientes experimentan un crecimiento significativo en autoestima y atribuyen este crecimiento a la resolución de la homofobia interiorizada. Sin embargo, ¿cómo explicaría la GAT el hecho de que nosotros conseguimos los mismos beneficios en la terapia reparativa –que *no* integra la homosexualidad sino que mantiene que la no aceptación de la homosexualidad es válida y el propósito del cambio es válido?

Irónicamente, la GAT y la terapia reparativa están de acuerdo en lo que el hombre homosexual necesita y desea: Permitirse a sí mismo amar a otros hombres. Sin embargo, la GAT trabaja dentro de la ideología gay de erotización de estas relaciones. Nosotros creemos que esto sabotea la reciprocidad que conduce al enlace.

Los terapeutas de la GAT manifiestan su homosexualidad a los miembros del grupo y esperan servir como modelos gays positivos. Su terapia lleva consigo el pesado equipaje de una ideología y un estilo de vida contracultural. Los terapeutas reparativos ofrecen un modelo heterosexual positivo además de trabajar en el marco de los valores tradicionales.

Según nosotros, cuando la GAT funciona, lo hace por razones erróneas. Cuando los pacientes experimentan los beneficios de la GAT, lo hacen no por su ideología sino a pesar de ella, a través de los vínculos del mismo sexo que pueden tener lugar casualmente durante el curso de la terapia.

EL PROBLEMA DE LA RECULTURIZACIÓN

El proceso de salir del armario ha sido utilizado en la literatura gay como esencial para la felicidad y el crecimiento del hombre gay.

Lo que al principio se pensaba que era un suceso de un momento ahora es visto con frecuencia en la literatura gay como un proceso de toda la vida. Es un proceso de múltiples etapas y aparentemente no lineal que a veces requiere cambiar la dirección de viejos asuntos, debido a la persistencia de fuerzas sociales negativas (McDonald 1982). El proceso de salir del armario incluye abandonar la esperanza de una identidad "auténtica", del matrimonio y la familia.

Salir del Armario significa no sólo admitir la homosexualidad ante uno mismo y los demás sino también despedirse de la cultura heterosexual dominante. La re-culturización en la subcultura gay es un tema presente con frecuencia en la literatura gay. Se ve como un segundo paso fundamental del proceso de descubrirse. Esto significa alienación de la cultura a largo plazo además de la separación de la familia, los amigos y seres queridos con los que el homosexual se identificaba anteriormente. Muchos de los valores y normas de la sociedad, como el matrimonio y la monogamia, son abandonados durante el proceso de re-culturización. Los escritores gays han

acudido cada vez más a la controversia de que la homosexualidad requiere su propia estructura de principios y normas “radicalmente opuestas a la cultura heterosexual” (Suppe 1981, p. 76) en la que

> *Se debe…. aprender a aceptar el sexo principalmente como una actividad recreativa en la que ir a casa con un amante puede ser tan casual y tan carente de compromiso como elegir a un compañero en la cancha de tenis para jugar unos sets. (p. 77)*

Esta necesidad de re-culturización y de nueva identidad refleja una alienación, no de la sociedad sino de *lo más profundo y genuino de sí mismo.* La re-culturización simplemente refuerza la respuesta original de la infancia de la exclusión defensiva, en la que la solución del chico pre-homosexual era destruir su identidad desde un padre al que rechaza. En la re-culturización, esta ruptura intra-psíquica es proyectada sobre la sociedad –ya que la re-culturización no es sino exclusión defensiva a escala social.

¿Cómo se puede encontrar la integridad abrazando una identidad gay? En verdad, parece trágico construir una nueva identidad –peor todavía una cultura entera- en torno a la carencia de identidad sexual.

III

Psicoterapia

Todo homosexual es un heterosexual latente

- Irving Bieber

Nuestra heterosexualidad está enterrada bajo un millar de miedos

- Colin Cook

Capítulo 14

EL TRATAMIENTO

Un hombre puede creer conscientemente que acepta sus deseos por el mismo sexo, e incluso celebrarlos pero en lo más profundo de sí mismo siempre estará en conflicto. La naturaleza hizo al hombre complementario a la mujer y limitarse a la igualdad de su propio sexo es mirar al mundo con un solo ojo. No creo que ningún hombre pueda nunca estar en paz viviendo una orientación homosexual.

La razón de fondo del ser homosexual es que busca inconscientemente completar su identificación masculina a través de relaciones con otros hombres pero al mismo tiempo los desapegos afectivos le dejan con miedo por lo masculino y, por tanto, nunca se permite a sí mismo entregarse a fondo.

En la relación con un terapeuta del mismo sexo, un paciente puede encontrar algo de lo que echa en falta en el padre ausente, un vínculo filial. Esta es la forma en la que un hombre absorbe lo masculino, a través de respuestas al reto de una amistad no sexual con hombres, caracterizada por la reciprocidad, la intimidad, afirmación y camaradería. Cuando erotiza una relación con otro hombre, se ve frustrado perpetuamente en la absorción de lo masculino.

COMIENZO DEL TRATAMIENTO

En la primera sesión el paciente suele manifestar optimismo, incluso excitación. Finalmente ha encontrado un terapeuta que quiere ayudarle a salir de la homosexualidad. También se da una anticipación feliz de su relación con el terapeuta, un hombre que, tal vez por primera vez en su vida, le aceptará y comprenderá íntimamente.

Aunque tiene esperanzas también tiene dudas. Una parte de él se resistirá al cambio. Pero su esperanza es mayor que su escepticismo. Tal como un paciente lo expresaba: “tengo derecho a ser ese hombre y todas esas cosas masculinas que he pasado la vida admirando en otros. Tengo derecho a mi propia masculinidad”.

El tratamiento ayudará a poner las cosas en una perspectiva clara y a sacar claridad de la confusión. Desarrollar relaciones sanas con otros hombres será una de las primeras tareas, como lo será el crecimiento en un sentido general en alcanzar los retos de la vida. Curiosamente, la cuestión original de la sexualidad pasa a segundo término a medida que otras cuestiones relacionadas con el poder personal, la seguridad en sí mismo y las relaciones con otros hombres van saliendo a relucir.

En la primera fase del tratamiento, cuando hay fuertes sentimientos de esperanza y un sentido de dominio, una nueva y poderosa dimensión de conciencia de uno mismo se impone a los viejos patrones sexuales. Puede haber una reducción en el interés homosexual e incluso de la excitación sexual en general. Esto es debido al poder de la esperanza, cuya capacidad nunca debería subestimarse.

Sin embargo, este cambio profundo en el comportamiento puede también ser sintomático de una cura transitoria, un abatimiento temporal de los síntomas producido no por una resolución del conflicto sino por una sublimación de los sentimientos del paciente en su deseo de agradar al terapeuta. Una cura transitoria representa una referencia lejana a la fantasía de que el terapeuta tiene el poder de curarle. El impulso a asumir el falso papel del "chico bueno" y de agradar al terapeuta siendo el paciente "curado" debe ser objeto de interpretación. Una vez que esta dinámica es comprendida, tanto el terapeuta como el paciente pueden avanzar con mayor honestidad.

Pronto, tras el surgimiento inicial de esperanza, la vuelta de los viejos sentimientos sexuales pone en perspectiva la larga lucha que queda por delante. Pero el regreso de estos sentimientos y patrones no debe ser causa de desesperación. El paciente debe recordar que este es solo el primero de muchos ciclos de desarrollo natural de esperanza y desilusión.

Con el tiempo, la intensidad sexual disminuirá de nuevo. A medida que continúa desarrollando relaciones mutuas más intimas con hombres a lo largo de la vida, el paciente comienza a ver la atracción sexual desde una perspectiva diferente. Cuanto mejor conoce a sus conocidos masculinos a nivel personal, más improbable es que continúen siendo objeto de su fantasía sexual. El poder erótico de sus rasgos pasa a segundo plano a medida que la persona va pasando al primero.

AUTOACEPTACIÓN

Según la retórica popular gay, si un hombre intenta resolver su homosexualidad, debe ser incapaz de aceptarse a sí mismo tal y como es. Incluso muchos terapeutas promueven esa falsa dicotomía.

Los críticos de la terapia reparativa sospechan que es principalmente el sentimiento de culpa lo que mueve a los pacientes al tratamiento. Aunque la culpa puede haber sido una motivación importante que impulsó originariamente al paciente a la terapia, nunca es el fundamento para un tratamiento de éxito. De hecho, tras varios meses de terapia, el paciente refiere con frecuencia una disminución del sentimiento de culpa. Lo que ha disminuido de hecho no es sentimiento de culpa válido sino el exceso de culpa que ha sentido tanto tiempo.

A pesar de ser un alivio, esto parece ser demasiado bueno para ser cierto. Algunos hombres entonces se sienten culpables por no sentirse culpables. Incluso pueden culpar al terapeuta por reducir un sentimiento de culpa que creen que necesitaban para evitar volver a hábitos no deseados. Sin embargo, el paciente llegará a darse cuenta progresivamente de que con su profundización en el compromiso por la curación vendrá una nueva estructura de apoyo que sustituya a esa otra actitud que "le mantenía en su sitio".

La mejor parte de librarse de la culpa excesiva es que libera la mente para ver claramente la insatisfacción natural que resulta cuando el comportamiento de uno está enfrentado con el sentimiento de uno mismo. Esta insatisfacción enfatiza simplemente lo que es un sentimiento de culpa válido, la decepción con uno mismo por hacer algo discordante con lo que uno desea ser. Esta insatisfacción sutil pero profunda con uno mismo es más efectiva que el sentimiento excesivo de culpa para ayudar a un cambio duradero.

La culpa excesiva bloquea al hombre en los viejos patrones auto-defensivos que refuerzan un sentimiento de debilidad y de auto-compasión. La culpa excesiva erosiona la auto-estima, que es esencial para alcanzar los retos en la fase inicial de la terapia reparativa. La auto-aceptación y un sincero deseo de plenitud abren el camino

a la maduración. Es a través de la auto-aceptación como el hombre gana la capacidad de soportar el dolor con la fe de que se recuperará.

Un paciente describía como se abrió el camino para su crecimiento:

> *Solía sentirme sobrecargado y preocupado por mi homosexualidad. La homosexualidad me dejó incapaz. Me deprimía. Solía encontrarme alarmado, entristecido. Me sentía atrapado por ella. Solía pensar que si era homosexual y no me comportaba como un homosexual externamente, estaba engañándome a mi mismo.*
>
> *Ahora es algo natural. Siento ganas, me siento malhumorado, siento sentimientos homosexuales. No los niego ni me dejo llevar por ellos sino que los comprendo. Mis sentimientos homosexuales son sólo un aspecto de quien soy ahora mismo. Me dicen algo de donde estoy.*
>
> *La aceptación de mi homosexualidad no significa que la apruebe, sino que es algo familiar. "Si, así soy yo, es raro pero es así". No tiene que significar soledad ni desesperación. No me siento atrapado por ella sino que me digo a mi mismo: "oh, aquí está de nuevo, este soy yo".*
>
> *Los sentimientos homosexuales permanecen más tiempo cuando siento la necesidad de una amistad profunda. Intento comportarme siguiendo lo que sé, no lo que siento. Hay algo importante y poderoso en poder reorientar la energía, de dar un nuevo significado al sentimiento. He llegado a comprender que mi homosexualidad es una necesidad urgente de intimidad.*
>
> *En vez de frustrarme, me pregunto a mi mismo donde está fallando el contacto personal. Entonces veo que el sentimiento sexual desaparece o disminuye de manera significativa.*
>
> *En lenguaje informático, tienes una unidad de disco por defecto, que es donde el programa se dirige si no eres capaz de darle una orden nueva. Nuestra unidad de disco por defecto es la homosexualidad… y nuestra orden es la intimidad masculina.*

EL PODER DEL GÉNERO

La identidad de género estructura la forma de ser de todo hombre y mujer y define la participación de cada persona en la sociedad. Todos somos mucho más que simplemente "personas". Sin embargo, los grupos de liberación gay, junto con las facciones radicales de los movimientos feministas, han ejercido presión sobre las ciencias sociales para negar las diferencias inherentes de géneros y condenar los conceptos de rol de género. Ha habido una substitución por un "lenguaje no sexista" que niega incluso las diferencias humanas básicas. Poco a poco, la conciencia moderna ha perdido su imagen de una masculinidad y feminidad saludables.

Al liberarse de su vínculo con la madre, el niño necesita ayuda para llegar a ser un hombre completo. Necesita saber quién es y sólo otro hombre puede decírselo. La madre, con su conocimiento de la naturaleza humana, le ha dicho lo *que* es. Pero el padre - a través de su conocimiento del mundo exterior – puede decirle *quien* es. Al darle al niño una identidad personal, está definiendo su relación única con el mundo.

ANDROGINIA

A falta de una apreciación de una masculinidad y feminidad saludables, la androginia permanece ahora sin afrontarse en nuestra sociedad. En su uso popular este término se ha convertido en sinónimo de ausencia de género, describiendo una versión diluida o neutralizada de ambos géneros. Pero en realidad la androginia – en su sentido correcto – implica una integración completa tanto de lo masculino como de lo femenino en la personalidad.

Antes de que uno pueda desarrollar aspectos del otro sexo, debe asumir el género primario propio. La joven que se identifica completamente con el género femenino poseerá las cualidades de amabilidad y ternura, más tarde puede que también crezca en seguridad e independencia. Desarrollara esos rasgos masculinos a partir de los pilares de su feminidad. Lo mismo es válido para el hombre. En su identidad masculina completa, puede ser no sólo agresivo y aventurado sino también compresivo y sensible.

Los hombres con una identidad gay a menudo intentan minimizar el significado de las diferencias de género como justificación de su estilo andrógino supuestamente más evolucionado. Sin embargo, la androginia en la cultura gay no es la asimilación verdadera de la feminidad sino una copia de ella bajo la forma de afeminamiento.

La verdadera integración de la feminidad -si es que se puede alcanzar en toda la vida de un hombre –tiene lugar posteriormente en la vida, después de la plena asimilación de su masculinidad primaria y evoluciona a través de la intimidad con el sexo opuesto. Mediante la integración de aspectos del sexo opuesto, crecemos hacia una humanidad plena. La humanidad plena no se alcanza destilando, comprometiendo o negando características de nuestro género original.

EL REFORZAMIENTO DEL GÉNERO COMO TRATAMIENTO

El tratamiento con éxito de la homosexualidad se ve amenazado por una cultura en la que el ideal es la androginia. Debe haber un reconocimiento por parte de la sociedad de la existencia de rasgos, comportamientos y percepciones ligados al género y un respeto por su valor. A medida que los pacientes progresan en la terapia reparativa, desarrollan una apreciación profunda de la diferencia de género y de cómo ésta potencia lo individual.

Los hombres en tratamiento afirman generalmente que cuando se sienten más masculinos, maduros, fuertes o “adultos” (cada paciente describe su reforzamiento de género a su propia manera), la atracción por el mismo sexo empieza a distraerles menos, se convierte en menos retadora. Cuando se sienten bien consigo mismos, positivos y fuertes, sus preocupaciones homosexuales disminuyen marcadamente.

Estos pacientes también afirman lo contrario: Si experimentan rechazo, entonces espontáneamente las fantasías homosexuales aumentan hasta un nivel preocupante. Estos sentimientos de decepción, desánimo o fracaso a menudo conducen a encuentros sexuales anónimos.

Las observaciones clínicas entre sentimientos negativos sobre uno mismo y fantasías y comportamientos con el mismo sexo nos dicen algo sobre la naturaleza deficiente de la homosexualidad. ¿Podemos imaginarnos a un hombre casado que dijese: “cuando me siento débil y poco masculino, me preocupa la necesidad de hacer el amor a mi mujer”? e incluso más extraño aún: “cuando me siento bien y seguro de mi mismo, pierdo el deseo de hacer el amor con mi mujer”. Hay una motivación en el homosexual que no tiene nada que ver con el comportamiento sexual *per se*, pero sí mucho que ver con el sentido de sí mismo del hombre.

Los testimonios de los pacientes ofrecen una evidencia fuerte de que en muchos hombres homosexuales, el erotismo por el mismo sexo es utilizado como una reparación simbólica de un déficit de fuerza masculina. Muchos pacientes describen lo que encontraron atractivo en otros hombres:

> *Paciente 1: Ciertos tipos tienen un sentimiento de libertad sobre sí mismos – como que pueden hacer lo que quieran y acarrean con ello. Como si ni siquiera les importara, es tan natural en ellos. Eso es lo que me atrae – esa libertad y poder interiores. Como mi compañero de cuarto, heterosexual, Hill, que solía decir "puedes hacer cualquier cosa que te propongas" a veces lo hacía. Yo me siento tan constreñido, es como "Oh, yo nunca podría hacer eso". Yo admiraba eso, quería tener ese poder.*
>
> *Paciente 2: Me siento atraído por un tipo con mucho control. Ese poder y control – siempre he querido tenerlo, para estar así juntos.*
>
> *Paciente 3: La cuestión para mí es la desconexión de mi identidad masculina. Me siento como un extraño cuando estoy con hombres. No me siento aceptado por ellos y tengo dificultades para vivir o expresar cualquier cosa que vea como un rasgo masculino. La toma de riesgos es un rasgo masculino y fijarse objetivos requiere una energía masculina por la que yo me siento muy intimidado. Siempre he sentido una tremenda atracción por lo masculino, tanto si es un hombre amigo como por alguna actividad que es masculina, como algunos deportes.*
>
> *Buscando diferentes formas de alcanzar esa masculinidad de la que me siento desapegado, me doy cuenta de que no quiero conseguir a otros hombres sexualmente. Veo que estoy intentando construir un vínculo con ellos para así poderme sentir parte de ellos, conectado con ellos, igual a ellos y no sentir que soy menos y que el otro hombre es más.*
>
> *Paciente 4: ¿Qué es lo que define a un hombre? ¿Que es lo esencial en un hombre?. Lo tengo claro, el poder. Un sentido de poder, ya sea poder físico, poder sobre otros hombres o poder sobre uno mismo bajo la forma de liderazgo.*
>
> *Sé que es lo que realmente quiero y no es él o su poder, soy yo – lo que quiero ser yo. Quiero tener toda la seguridad que necesito – no quiero sentir temor de nada. Quiero tener la capacidad de enfrentarme con lo que me salga en el camino y no querer esconderme en un cuarto y cerrar la puerta. Quiero tener la confianza para seguir adelante y conseguir el tipo de amigos que siempre he querido tener.*

IDENTIFICANDO LA MASCULINIDAD

Una de las primeras preguntas que deben hacerse en psicoterapia es: ¿exactamente cuál es la percepción del paciente de la masculinidad?. Y ¿en qué forma está o no en posesión de esa masculinidad?

Muchos hombres que empiezan el tratamiento afirman el sentimiento de que tienen algo que no acaba nunca de madurar. Pueden tener el sentimiento de sí mismos como niños, como muchachos. Para muchos de esos hombres, la masculinidad es parecida o incluso sinónima de adultez. Sentirse masculino es sentirse adulto, y viceversa.

En el tratamiento es esencial para el éxito el que el paciente aprenda a identificar cuándo se está sintiendo más o menos masculino. Con práctica, descubre que este es

un sentimiento subjetivo experimentado en diferentes momentos con distinta intensidad.

Tomar conciencia de sus déficits de identidad masculina es importante porque le dice lo que busca en otros hombres. Puede sorprenderse mucho al darse cuenta de que lo que busca en los otros es aquello en lo que se siente deficiente. Algunas veces busca una figura paterna de la que aprender, o imágenes espejo para reforzar su sentimiento de sí mismo. Puede haber una fascinación por ciertos tipos de cuerpo, manierismos o estilos. Muchos pacientes refieren que es un cierto estilo de fuerza masculina lo que les atrae, particularmente un estilo personal energético, de auto-confianza, extroversión. Repetidamente, el paciente homosexual expresa admiración por las cualidades básicas inherentes a la masculinidad: independencia, control de la propia vida, seguridad, y a menudo dirán "una presencia física". En las primeras sesiones, el paciente puede identificar esos rasgos particulares que le atraen, empezando así el proceso de desmitificación de esos hombres.

El crecimiento implica no sólo un cambio de comportamiento, dejando el comportamiento homoerótico, sino una transformación más profunda de la identificación personal. Le permitirá sentirse diferente sobre sí mismo, relacionarse de forma diferente, ver el mundo desde la perspectiva de un hombre completamente identificado con lo masculino. Cuando uno está en posesión de esa identidad de género, hereda con ella un poder vitalizante.

HACIENDO LAS PACES CON EL PADRE

A menudo me sorprendo de ver como hombres adultos pueden verse tan afectados por el mínimo contacto con sus padres. Un fin de semana en casa o una conversación telefónica puede llenarles de ira o deprimir a un hombre de 30 años que de otra forma sería racional. A estos dolorosos encuentros paternos les suele seguir una fase regresiva que puede empujarlos a encuentros sexuales anónimos.

Hay una característica particular de la ira que caracteriza con frecuencia a la relación del hombre homosexual con su padre. A pesar de que los hombres homosexuales refieren también relaciones hostiles con sus padres, existe una diferencia cualitativa. La ira del hombre heterosexual se ve acompañada frecuentemente por una aceptación resignada. El hombre homosexual siente un profundo agravio, un resentimiento y una profunda antipatía que bloquea la aceptación.

Una confusión frecuente de muchos pacientes es que para resolver su problema con su padre deben obtener la aprobación de su padre en el presente. Este error se basa en la asunción inconsciente de que el padre tiene algo que él necesita para poder crecer y salir de la homosexualidad. Esta idea está enraizada en la experiencia temprana del paciente de que el padre tiene el poder de compartir o reservarse la masculinidad.

Un paso significativo en el tratamiento del paciente es darse cuenta de que ahora es *él mismo* quien tiene el poder de la transformación. Para tener ese poder es fundamental que perdone a su padre. Darse cuenta de que la curación procede de un cambio de actitud por su parte es particularmente importante en aquellos casos en los que el padre no puede o no quiere cambiar. Tal como un paciente decía: "Muchos de nosotros sabemos que nuestros padres no van a cambiar. Nos acercaremos tanto como podamos a nuestros padres y ya está. En verdad, no podemos cambiarles porque siempre serán los mismos".

Entonces, es posible que sea necesario recordar al paciente que el verdadero daño no fue hecho por su padre sino *por su propio desapego afectivo* de él. Ahora tiene que dejar esta actitud defensiva hacia todos los hombres, empezando por su padre.

El perdón al padre no es una tarea fácil porque a menudo significa aceptar al padre por quien es, con sus limitaciones, incluyendo su limitación para demostrar amor, afecto y aceptación. A menudo parece una experiencia inútil para un joven cuando se da cuenta de que debe enterrar para siempre la fantasía de recibir amor de su padre. Para comprender, perdonar y amar a su padre, paradójicamente, tiene que ser padre de su padre – darle lo que él, el hijo, habría deseado. La compasión por el padre es el paso final del perdón. A menudo la compasión crece a partir de una compresión del padre de su padre y de cómo éste trató a su hijo.

Casi todos mis pacientes afirman que sus padres tienen muy poco que contar acerca de sus propios padres. A veces esta "sombra del padre" puede ser trazada hacia atrás dos generaciones. Por tanto el problema de la homosexualidad puede tener sus fundamentos en la generación anterior.

A medida que crece en la resolución de su homosexualidad, el paciente empieza simultáneamente a apreciar a su padre como persona y como hombre. Durante esta etapa – para su desagrado inicial – descubre cuánto se parece realmente a su padre. Esos mismos rasgos de temperamento explosivo, opiniones rígidas, echar la culpa fácilmente y la dificultad para expresar sentimientos directamente pueden estar frecuentemente presentes en él.

Es interesante advertir que la ideología gay continúa negando el importante denominador común de estos problemas con el padre. Esto da como resultado el ignorar una pieza clave que evidencia que la homosexualidad es un error en el desarrollo. De hecho, hay una tendencia profundamente asentada a rechazar dar cualquier importancia al padre. Muchos hombres gays tomaron la decisión hace tiempo de que el padre no tendría ningún papel en sus vidas. Esta ignorancia defensiva de la importancia del padre puede haber contribuido de hecho al énfasis inicial del psicoanálisis sobre la madre, igual que los analistas pueden haber empujado erróneamente a sus pacientes a gastar dinero y tiempo hablando de sus madres.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PROGNOSIS

La motivación por cambiar se ha demostrado repetidamente como un predictor primario del éxito en el tratamiento (Hattere 1970, Mayerson y Lief 1965, Monroe y Enelow 1960, Ovesey 1969, Schwartz y Masters 1984, Shekel 1930, van den Aardweg 19985, 1986). Motivación significa que el paciente no es ambivalente respecto a rechazar la identidad homosexual y lucha por la heterosexualidad. Otros indicadores favorables de la prognosis son la no autocompasión, un sentido positivo de sí mismo y la fuerza personal en el ego para tolerar el stress y la frustración. Las fantasías y deseos heterosexuales son también muy favorables. También cuanto mejores sean las relaciones familiares, mejor será la prognosis.

Los valores tradicionales y el sentido de uno mismo como miembro de la sociedad heterosexual son también un apoyo fuerte para facilitar un marco de trabajo. Los pacientes que entran en la terapia reparativa tienen convicciones fuertes acerca de que el desarrollo psicológico no viene como consecuencia de rendir la propia identidad a la subcultura gay. Otros factores en el éxito del tratamiento son la habilidad para resistir comportamientos impulsivos y posponer la gratificación, la habilidad para fijarse metas y la capacidad para reflexionar, verbalizar y aprender de experiencias pasadas. Los pacientes que creen que tienen la capacidad de dar forma a su propio destino tienen muchas más posibilidades de superar su homosexualidad que los que se rinden a una actitud fatalista o que ven la vida como algo que les pasa. La capacidad para ser honesto con uno mismo y con los demás es importante para el éxito del tratamiento, al igual que la capacidad de identificar los propios sentimientos. Una apreciación por los valores de las diferencias de género también ayuda mucho al tratamiento.

Los hombres que han tenido menos actividad sexual tienen mejor prognosis. Considerando la naturaleza de habituación del comportamiento sexual, cuanto más actividad homosexual haya tenido el paciente, más difícil será el tratamiento.

Por esta razón, los servicios de asesoramiento de la terapia afirmativa gay en los institutos pueden ser perniciosos, porque apoyan activamente el comportamiento homosexual. Si ese mismo adolescente desea madurar hacia la heterosexualidad en la etapa adulta, tendrá que enfrentarse entonces no sólo a la carga de romper un patrón de hábito sexual sino también a la auto-identificación gay que sus patrones de comportamiento han provocado.

Dos cualidades finales que son de la mayor importancia –sólo en segundo lugar por detrás de la motivación de cambiar- son la *paciencia* con uno mismo y la aceptación de que la lucha por el cambio tiene su *propio ritmo*.

FACTORES DE EDAD

La edad media en que el paciente homosexual entra en la terapia reparativa es de entre los 20 y los 30 y pocos años. Muchos terapeutas han observado que ésta es la edad en la que la mayoría de los grupos reciben tratamiento (Bieber 1962, Mayerson y Lief 1965, Rubenstein 1958). Ésta es la edad de la adultez temprana, cuando los amigos se están casando y la familia ejerce presión para hacer lo mismo. Hay una cita de *The boys in the Band* que dice que a partir de los 30 años ya no puedes seguir presentando a tu amante como tu compañero de cuarto.

La presión social, sin embargo, no es el único ímpetu. Esta es una edad en la que el deseo natural de involucrarse en una relación excluyente se siente con más intensidad y cuando debe hacerse la elección entre el aislamiento o la intimidad adulta (Erickson 1958). Uno debe hacer ahora un compromiso sobre el tipo de relaciones que quiere tener el resto de su vida y tiene que saber de qué sexo será su pareja.

El tratamiento antes de los 20 años tiene sus dificultades particulares. El adolescente está experimentando su motivación sexual en su punto más intenso y después de años de mantenerlo en secreto, aislado y alienado, la mayoría de jóvenes encuentran el mundo gay poderosamente seductor, con sus cualidades románticas, sensuales, ultrajantes y protectoras. Al mismo tiempo que la motivación de la líbido está en su punto más alto, la identidad personal está en su momento más frágil. En esta etapa el adolescente quiere experimentar. Aunque puede que más adelante quiera cambiar, proponer un tratamiento que requiera auto-reflexión, convicción y negación de uno mismo es casi más de lo que puede soportar. Mi único caso de tratamiento con éxito de un adolescente fue un chico de 17 años cuya gran ventaja era una familia y un entorno social que le apoyaban de forma entusiasta, con todas las personas que eran importantes en su vida comprometidas en ayudarle a cambiar la dirección de su vida.

La prognosis también es peor con hombres de más de 35 años. Para muchos, sus patrones profundamente asentados les han hecho cínicos respecto al cambio. Sin embargo, hay evidencia de resultados positivos con hombres mayores muy motivados, especialmente aquellos que han estado activos sólo de forma muy esporádica.

CURA

El crecimiento a través de la terapia reparativa es en cierto modo parecido al modelo gay de salir del armario. Es decir, es un proceso continuo. Normalmente

algunos deseos homosexuales persistirán o volverán de forma recurrente durante ciertos momentos del ciclo de la vida.

Por tanto, más que de "cura", nos referimos al objetivo de "cambio", un paso significativo que empieza con un cambio en la identificación de uno mismo. Tal como un hombre ex-gay casado lo describía: "Durante muchos años pensé que era gay. Finalmente me di cuenta de que no era homosexual sino de que en verdad era un heterosexual con un problema homosexual".

Dentro de ese cambio esencial sobre la percepción de uno mismo hay nuevas forras de comprender la naturaleza del comportamiento homosexual y su base motivacional en el amor no recibido por parte de otros. Un paciente que había estado en terapia reparativa durante aproximadamente un año describía sus sentimientos de la siguiente forma:

> *Lo que mis sentimientos homosexuales solían ser ya no lo son. Aún siguen presentes, están ahí pero no son tan molestos. La mejora está en cómo me afectan emocionalmente, hasta qué punto me alteran o afectan a mi autoestima – lo compulsivos que son, cuanto me preocupan.*

Otro hombre, antiguo travesti, ahora casado con tres hijos adolescentes, comentaba: "Ahora esas fantasías homosexuales son más como un ruido de fondo molesto alrededor de mi oreja". Otro hombre explicaba: "Un problema que solía tener una H mayúscula ahora tiene una h minúscula".

Mientras que algunos terapeutas se centran directamente en la conversión heterosexual, la terapia reparativa asume un punto de vista más amplio de la condición homosexual en la medida en que afecta a asuntos relacionados con la seguridad personal, la identidad de género y la propia imagen de uno mismo. La terapia reparativa ve el cambio como un proceso a largo plazo y que probablemente dure toda la vida. Un paciente de 25 años explicaba su proceso de cambio en la carta siguiente:

> *He estado en terapia de grupo desde hace ahora 13 meses, y puedo decir que este tiempo ha sido el más lucido, enriquecedor e importante de mi vida.*
>
> *Mi amor por la fe católica me llevó inicialmente a buscar ayuda para mi homosexualidad, porque me sentía culpable y desgraciado. Sin embargo, hoy continúo viniendo a la terapia porque me motiva mi propio proceso de cambio y el progreso de otros hombres de mi grupo.*
>
> *La terapia me ha ayudado a comprender mucho sobre mí mismo, mi pasado y las cosas que han contribuido a mi situación. Por ejemplo, mi padre dejó a mi madre cuando yo tenía 3 años y crecí sin tener nunca una figura masculina cercana con la que identificarme o crear un vínculo. Como consecuencia, nunca tuve un verdadero sentimiento de masculinidad acerca de mí mismo y a medida que crecía, nunca me sentía realmente como uno de los demás chicos. Esto me llevó eventualmente a una atracción exclusiva por los hombres, que recuerdo comenzó alrededor de los seis años.*
>
> *La terapia ha roto la mayor parte del mundo fantástico que había construido en torno a otros hombres. Mi autoestima y sentido de masculinidad han mejorado y esto se refleja en el éxito en el trabajo y mis nuevas amistades masculinas. Incluso he comenzado a quedar con chicas y ahora veo claramente al matrimonio y a los hijos como mi futuro. Mientras que mis relaciones con mi padre no son aún buenas, le he hecho partícipe de mi situación y él ha mostrado compasión.*

La atracción por otros hombres no se ha ido aún completamente pero ciertamente ha disminuido. Otros hombres que solían intimidarme y atraerme, ahora los siento mucho menos como una amenaza. Aunque no creo que mi atracción por el mismo sexo desaparecerá al 100 por cien, creo que alcanzaré un punto en el que prevalecerá mi atracción por el sexo opuesto y podré continuar con mi vida. Todo este crecimiento viene, según he descubierto, a través de la amistad completa con otros hombres que he aprendido a desarrollar ahora a través de la terapia, la vida de oración y los sacramentos de mi iglesia.

Si nuestro uso de la palabra *cambio* más que de la palabra *cura* suena pesimista, uno debería considerar el uso de la palabra *cura* tal como se aplica a otras condiciones psiquiátricas. De hecho, excepto para los programas de modificación del comportamiento más elementales, como el dejar de fumar y el tratamiento de ciertas fobias, ningún tratamiento puede conceptualizarse en términos de cura absoluta. El alcohólico nunca está completamente curado de su deseo de beber pero un tratamiento con éxito le ofrece una manera efectiva de manejar esta condición que dura toda la vida. El paciente con baja auto-estima nunca está completamente libre de sus dudas e inseguridades pero crece en la auto-afirmación. ¿Y acaso los problemas de los Hijos Adultos de Alcohólicos (ACAs) dejan de ser un problema? Así que más que de “cura” de la homosexualidad, deberíamos pensar en términos de crecimiento, facilitando los cimientos correctos para una relación masculina no-erótica sana. Luego, para algunos, la solución será el celibato y para otros el matrimonio heterosexual es el objetivo esperado.

La validez de cualquier terapia –cualquiera que sea el método o tratamiento- se basa en su efecto global sobre la vida del paciente. Una buena terapia debe hacer algo más que aliviar un síntoma específico. Si el tratamiento es correcto para la persona, entonces la libertad y el bienestar que trae se irradiará a través de todos los aspectos de la personalidad. Y aún más importante, la mejora en el estado de salud traerá consigo una creciente conciencia de poder personal.

Capítulo 15

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

TRANSFERENCIA

La dimensión más crítica y a menudo más dolorosa de la psicoterapia es, con honestidad, la transferencia de los sentimientos que el paciente realiza de relaciones anteriores sobre el terapeuta. Durante el transcurso de la terapia un amplio espectro de conflictos inconscientes sin resolver, defensas y deseos de relaciones significativas anteriores son transferidos sobre el terapeuta. El paciente ve al terapeuta a través de los ojos del niño que fue una vez. Los sentimientos transferidos incluyen miedo, enfado, reacciones agresivo-defensivas y deseos sexuales.

Las dos características destacadas de las reacciones de transferencia son su repetición y su impropiedad. Aunque estas reacciones no son apropiadas para la relación terapéutica, hacen, por supuesto, exactamente fiel la experiencia del paciente de una relación significativa anterior.

Mientras que las reacciones transferenciales pueden tener lugar en cualquier relación, la relación terapeuta-paciente estimula las reacciones de transferencia con una fuerza particular debido a su naturaleza íntima, intensa y dependiente. El terapeuta no debe reaccionar a la transferencia de sus propios sentimientos sin resolver ni debería cortar prematuramente la expresión de una reacción de transferencia con el fin de evitar la aflicción. Es por medio de la interpretación tolerante y gentil de la transferencia que hace el terapeuta cómo el paciente comenzará a distanciarse de sus patrones de conducta y de percepción pasados.

Mientras que toda transferencia es ambivalente por naturaleza, existe la distinción útil entre transferencia positiva y negativa. Sentimientos positivos para el terapeuta que facilitan la alianza de trabajo y que pueden animar al paciente a la confianza, afecto, inquietud, respeto y admiración. Las reacciones de transferencia negativas incluyen resentimiento, hostilidad, desconfianza y gran cantidad de quejas. Éstas también pueden ayudar al paciente si se interpretan correctamente.

CUESTIONES DE TRANSFERENCIA EN LA TERAPIA REPARATIVA

El paciente homosexual comienza la terapia con gran esperanza en el conflicto con el temor y la desconfianza profundamente arraigados. Todavía siente añoranza de la aceptación y del amor de su padre. Al atribuir de forma irreal las características positivas al terapeuta, se emociona con la posibilidad de una intensa relación con un hombre, que, espera él, le entienda completamente. Sin embargo, puede haber también “una buena disposición” para una transferencia negativa (Wallace 1969, p. 356), y con frecuencia interpretará al terapeuta como alguien exigente cuando no tenga rectitud de intención. Estos sentimientos ambivalentes suelen ser una nueva proyección de la frustración que siente con su padre.

El paciente homosexual tiene dificultad para mantener la igualdad en sus relaciones significativas de pareja, por lo que con frecuencia minusvalorará o idealizará a su pareja. Esto es particularmente cierto en su relación con el terapeuta. El retraso, las citas anuladas y el olvido de pagar son formas pasivas de hostilidad. En el otro extremo están los arrebatos directos y las protestas. Puede proyectar sobre el terapeuta el masculino todopoderoso que tiene la capacidad de devastarle o puede minusvalorarlo calificándolo como un farsante, interesado sólo en quitarle el dinero o como hipócrita.

Por otra parte, puede que no se sienta digno de la atención del terapeuta y esto puede tomar la forma de ser reacio a pedir una reducción de precio si lo necesita o un cambio de hora de cita. Más sutilmente, su sentido de carencia de valor puede manifestarse simplemente no sabiendo qué decir porque piensa que está haciendo perder el tiempo del terapeuta.

Hay una tendencia común a idealizar y a degradar alternativamente al terapeuta. El paciente alterna entre sobrevalorarlo y degradarlo, lo último quizá cuestionando su masculinidad o heterosexualidad. O lo sobrevalorará viéndolo como idealmente fuerte, seguro de sí mismo, confidente y más. Con frecuencia el paciente desarrolla una atracción romántica hacia el terapeuta. No es necesario decir que el terapeuta debe tener empatía pero no responder a esta dimensión erótica. Necesita recordarle al paciente con gentileza pero al mismo tiempo con firmeza que su deseo de intimidad homosexual es legítimo pero que esas necesidades no pueden ser satisfechas legítimamente por medio de una relación sexual.

El temor y la hostilidad son la otra cara de la transferencia erotizada. A menudo existe un miedo a la crítica del terapeuta –que anticipa como devastadora- y puede protegerse de sus sentimientos hacia el terapeuta escondiéndose tras una máscara de comentarios sarcásticos y molestos.

EL VALOR DE UNA TRANSFERENCIA NEGATIVA

Las reacciones de transferencia negativa pueden proporcionar una valiosa oportunidad terapéutica si son interpretadas y comprendidas correctamente. Un hombre de 35 años de edad con una transferencia positiva muy fuerte realizaba un viaje circular de tres horas durante su cita conmigo todos los viernes. Todavía se mantenía en su profunda herida y en la ira hacia su padre, que lo había despreciado severamente y había abusado emocionalmente de él. Una noche tenía que cancelar mis citas vespertinas pero por un error de la secretaria este paciente no pudo ser avisado antes de su salida hacia mi despacho.

Como había conducido una distancia enorme y se encontró mi despacho cerrado, lógicamente estaba muy herido y enfadado. Como compensación, le ofrecí la siguiente sesión gratuita. Él pidió -y recibió- otras tres sesiones gratis. Accedí en un esfuerzo de absorber su profundo enfado. Su sentimiento de que se había abusado de él continuaba, sin embargo, y sus continuas expectativas de restitución alcanzaron finalmente el nivel de deslealtad en nuestra relación. Eventualmente llegó a descubrir que había transferido intensamente sobre mí sentimientos negativos de su relación con su padre.

La transferencia negativa puede también tomar la forma de degradar la masculinidad del propio terapeuta. El paciente puede preguntar: “¿Es tu masculinidad real o es sólo una presentación falsa?”

Un hombre de 46 años de edad en tratamiento tenía una transferencia muy positiva sobre mí, se sentía muy bien viniendo y de hecho yo pensaba que podría proporcionarle la solución a su problema de largo tiempo. Después de 5 meses de

sesiones semanales, de repente, cayó en la decepción. Muchas de sus sesiones se habían caracterizado por historias extravagantes muy divertidas de sus contratiempos semanales en lugares de ligue y sus encuentros con chicos dedicados a la prostitución, en los que describía con detalle sus intentos cómicamente desesperados por llegar al orgasmo. Aunque varias veces intenté interpretarle por qué me contaba estas historias, él continuaba haciéndolo. Claramente me estaba sobrevalorando y entreteniéndome era su forma de justificar esa relación conmigo.

Perdió la sesión de una semana por lo que parecía tener una buena razón. La semana siguiente llegó con un humor menos animado y su actitud hacia mí era fría. Empezó a poner en duda si realmente yo podía hacerle algún bien. Todas estas teorías agradables sonaban muy bien, dijo, pero ¿eran eficaces? Sus dudas me hicieron cambiar el programa del tratamiento. Puso en duda si yo era su tipo y si él sería capaz de desarrollar su identidad masculina desde mí. Se preguntaba si no deberíamos terminar la terapia diciendo que se sentiría más cómodo con un terapeuta que fuese más masculino. Finalmente, dijo que sospechaba que yo también era homosexual.

Cuando terminó de hablar, le dije que en lo que tenía que ver conmigo, nuestro trabajo productivo juntos acababa de comenzar. Él había abandonado el antiguo rol de animador y por fin estaba expresando sentimientos reales hacia mí. Ahora su desafío consistía en mantener la reciprocidad en nuestra relación –ni minusvalorarme ni sobrevalorarme. Ahora que estábamos en una forma real- sin la fantasía que él había mantenido de que yo tenía poder para curarle. Hubo dos sesiones en este nivel de diálogo e interpretación. Lo siguiente se dijo en una de esas sesiones:

Al amenazar con dejarme, iba a hacerte lo que le he hecho a cualquier otro hombre… Podarlos. Si de verdad fueras marica…, podrías, me temo, mandarme a toda la jodida mierda a la que todos los demás maricones me hundieron, que es cero.

Si te he odiado es porque he odiado a mi padre. Te castré como mi padre me castró a mí. Mi padre se negó a compartir su virilidad conmigo. Él me hundía en la impotencia. ¿Por qué me desprecias como hizo mi padre?

Me veo repitiendo este patrón con todo hombre. Yo cosifico a otros hombres. Durante las últimas semanas me he dado cuenta de que necesito sacarte de la consciencia. No quería tener sentimientos positivos hacia ti.

Para que la terapia sea eficaz es esencial trabajar por medio de esas transferencias negativas, aunque sean dolorosas. Pueden ser una oportunidad importante para el progreso si son comprendidas correctamente. Está penetrando poco a poco e interpretando la transferencia, que es el vehículo más importante para resolver bloques pasados al crecimiento. Nunca debería haber un fin hasta que la transferencia negativa haya sido comprendida.

Desde mi experiencia, las relaciones tempranas más hostiles y traumáticas con el padre producen la ira reprimida más intensa en psicoterapia. Cuando era niño, puede que el paciente no tuviese trato con su padre. No logró satisfacción y no podía ganárselo hiciese lo que hiciese.

La hostilidad manifiesta hacia el terapeuta se ve más en sesiones de grupo que en sesiones individuales, ya que el paciente se siente apoyado con la presencia de los demás miembros. Aquí es donde es más probable que el terapeuta sea criticado o atacado directamente. Otra vez vemos las oportunidades terapéuticas del grupo, donde la transferencia negativa puede, más que verse como un problema, utilizarse eficazmente. En esas ocasiones se debe recordar que una transferencia negativa suele ser una defensa contra una transferencia positiva oculta.

Incluso en una transferencia positiva, el paciente no es consciente algunas veces de estar trabajando contra su propio progreso. Como una forma de debilitar la efectividad del terapeuta, puede intentar querer ser demasiado cercano. Puede sugerir encontrarse fuera de la sesión, diciendo: “Si no fueras mi terapeuta, sé que podríamos ser grandes amigos”. Puede ser coqueto, gracioso, entretenido y puede tener una imagen falsa en presencia del terapeuta.

Existe cierta ansiedad por revelar su verdadero ser con un deseo de ser aceptado por ser quien es realmente. A veces esta ansiedad tomará la forma de charla constante y compulsiva. Algunos pacientes no pueden conseguir que las palabras salgan lo bastante rápido. Esta es una forma de no sentir. Huyendo de sí mismo, teniendo miedo de ser auténtico y de ser conocido, el paciente es guiado lentamente por el terapeuta hacia sí mismo y hacia sus auténticos sentimientos.

Muchos pacientes han visto la terapia frustrante y últimamente ineficaz con terapeutas distantes (técnica modelo en el psicoanálisis clásico). Esto es precisamente lo que el paciente homosexual *no puede* tolerar. Él ha experimentado el dolor de un padre demasiado distante y ahora desea y requiere contacto personal auténtico.

El terapeuta nunca debe ser austero, distante ni autoritario. Con un terapeuta así, el paciente dejará la terapia si no con enfado, al menos con algo de desacuerdo.

El paciente es atraído poderosamente hacia el terapeuta que posee las cualidades del padre saliente – un equilibrio entre afecto y dominio. Esta es la clase de orientador que le ayudará más. El terapeuta debe estar seguro también de su masculinidad. Debe ser auténtico y estar preparado para admitir el error y debe estar dispuesto a permitirle al paciente que le señale ese error. Debe comprometerse a ser transparente y a no defenderse al mismo tiempo de no agobiar al paciente con una confesión excesiva de sus propias debilidades.

RESISTENCIA

En la terapia reparativa se ven varias formas diferentes de resistencia.

Un número de pacientes pondrán continuamente en duda la terapia, no estando nunca convencidos de que les ayudará. Pueden cuestionar también las motivaciones del terapeuta. Una y otra vez se le pedirá al terapeuta que dé seguridad, siendo invitado a demostrar con frecuencia que realmente el paciente le importa. La necesidad del terapeuta de ser visto como un hombre bueno –adecuado para ayudarle- es perpetuamente indeterminada por este tipo de paciente. Existe también cierta indiferencia y una falta de voluntad para conectar personalmente con el terapeuta, además de cierto desprecio a las intervenciones del terapeuta como si no fuesen importantes.

La resistencia particularmente profunda se ve con frecuencia inmediatamente después de una sesión significativa en la que hubo una mayor ruptura. En el grupo puede comenzar el paciente a poner excusas de repente al por qué no se relaciona con los demás. Por ejemplo, “nadie me entiende.” Esto es una nueva reactivación del antiguo problema de sentirse diferente de sus compañeros varones.

La ausencia de confianza está en el corazón de la mayor resistencia. La confianza es un prerrequisito a la transferencia positiva que le dará al paciente el valor de arriesgarse a mirar al interior y cambiar de conductas. La confianza es el fundamento para la identificación –esto es, sentirse totalmente una parte del otro. El paciente está

remitiendo una gran cantidad de poder personal al terapeuta, un hombre en el que debe confiar para llevarle a una nueva forma de vida.

Una fuente de resistencia es la esperanza de abandonar los placeres sexuales. Aunque puede estar totalmente de acuerdo con la necesidad de dejarlos, queda una parte de él que quiere resistirse al aspecto secreto de sí mismo que era tan placentero y excitante. Junto con que es el requerimiento de dominar al "chico salvaje y pícaro" que ha deseado expresar desde que tomó la falsa imagen de "buen chico" cuando era niño. Como dijo un hombre, "Quiero cambiar… pero todavía no. Quiero un último verano."

Otra fuente de resistencia, quizá mayor, es la petición de dejar la búsqueda de ese especial compañero del alma. Ackerley (1968) describe su búsqueda de ese siempre difícil de encontrar "Amigo Ideal":

El Amigo Ideal estaba siempre en algún otro lugar y podría haber sido encontrado y sólo hubiera tomado un camino diferente. Los autobuses que pasaban a mi propio autobús parecían siempre llevar a esos chicos atractivos que no estaban en el mío. Las escaleras que subían en los Metros los llevaban diabólicamente delante de mí mientras yo me hundía inevitablemente en el infierno. (p. 132)

Durante muchos años el paciente puede haber alimentado el sueño de encontrar a ese hombre que sería su amigo, su amante, su confidente y compañero del alma, el hombre que resolvería sus necesidades más profundas de amor y comprensión.

EL RECHAZO A LA IDENTIDAD

Originalmente, la base para la homosexualidad se colocó cuando el chico joven rechazó al padre y a la masculinidad que representaba. Posteriormente en la psicoterapia esta forma de resistencia inconsciente se pone de manifiesto otra vez como "rechazo a la identidad."

El rechazo a la identidad se ve la mayoría de las veces al comienzo de la terapia o durante alguna fase particularmente crítica del tratamiento. Un tipo de resistencia infantil ha sido reconocido en la literatura psicoanalista como un rechazo total e indiscriminado hacia otra persona, con una falta total de voluntad para reconocer o conectar con cualquier aspecto favorable de esa persona. La forma más común de rechazo a la identidad es la racionalización de alguna cuestión particular en una barrera que bloquea la relación. A menudo un punto de desacuerdo o de diferencia de opinión le dará al paciente la convicción de que no puede continuar en psicoterapia individual ni en grupo. En grupo, encontrará la razón para desengancharse de los demás, creyendo que es demasiado joven, demasiado viejo, de un origen educacional o sociológico diferente, demasiado tiempo en el estilo de vida gay o nunca en el estilo de vida gay. Ahí sigue un rechazo abrupto y social del terapeuta y del grupo. Aunque todavía está comprometido a cambiar, el paciente es conducido, por su negativa a la identidad, a rechazar al terapeuta y a los demás miembros del grupo para resolver su problema solo.

El rechazo a la identidad se origina desde la maniobra auto protectora del chico contra la posibilidad de sufrir daño. Tanto para el chico pre-homosexual como para el homosexual adulto, es utilizado como defensa contra el miedo al rechazo. Es también la defensa principal del paciente contra la frustración de dejar la conducta homosexual.

EL PAPEL DE LA MUJER TERAPEUTA

La mayoría de los homosexuales tiende a anticipar la no aceptación de los hombres y como consecuencia a sentirse más relajados y cómodos con las mujeres. Por esta razón, muchos eligen un terapeuta femenino cuando comienzan a tratar su problema. Sin embargo, la sanación de la homosexualidad por medio de la terapia reparativa procede del trabajo con hombres. Un terapeuta femenino puede ayudar de formas generales pero sólo un hombre puede estimular la vuelta a manifestar los sentimientos conflictivos experimentados con hombres, particularmente problemas de confianza y la necesidad de aceptación masculina. Sólo por medio de hombres se puede encontrar la identidad masculina.

Como una estructura, deberíamos hacer volver el modelo de desarrollo de la formación de la identidad de género del chico. La primera y principal identificación del chico es con la madre, de la que posteriormente se distanciará para desarrollar un vínculo con el padre. Luego debe trasladarse a las relaciones con chicos semejantes. La terapia reparativa es una vuelta a la manifestación de esta secuencia de desarrollo.

La mujer terapeuta puede establecer la base emocional para la tarea que queda delante. Ella enseña al paciente sobre autoestima, identificación y expresión de sentimientos y a confiar en las relaciones terapéuticas. Dentro de la estructura de la terapia reparativa, su papel será el de facilitar el paso del paciente a un terapeuta masculino.

La transferencia al terapeuta masculino se puede facilitar con el acuerdo para conducir a sesiones compartidas, durante las que el paciente ve a cada terapeuta alternativamente. En un acuerdo así, el paciente es libre para expresar al terapeuta femenino sus miedos, sus críticas y dudas acerca del terapeuta masculino y ella puede ayudarle a trabajar por medio de estas cuestiones de confianza. En cualquier evento, los horarios deben ser comprendidos claramente por las tres partes. Esta transferencia puede ser difícil y requiere una comunicación próxima entre los terapeutas y la comprensión mutua de los asuntos. Ambos deben creer en la validez del tratamiento y anticipar la resistencia del paciente. La resistencia puede aparecer bajo la forma del intento del paciente de aliarse con el terapeuta femenino para criticar al masculino. Esta resistencia surge con frecuencia como un “malentendido”, específicamente, con la sensación del paciente de que algún aspecto de sí mismo no es aceptado. Inconscientemente anticipa la crítica paterna.

Como la “buena madre”, sin embargo, la mujer terapeuta necesitará facilitar activamente la transferencia. Debería apoyar pero no empujar, siendo sensible a sus aprensiones pero no rechazándolo ni favorecer su dependencia. Lo más importante es que debe creer en la importancia del papel del terapeuta masculino y el proceso de readaptación paterna.

Los patrones de la infancia se repetirán con frecuencia durante la transferencia al terapeuta masculino. Al primer caso de desavenencia, el paciente homosexual se siente con frecuencia utilizado y traicionado y vuelve a experimentar el sentimiento que probablemente tuvo con su padre; esto es: “No puedo ganar con este hombre”. Su inclinación es la de rechazar esta figura paterna, agresión indirecta manifiesta hacia él demostrando su incompetencia y colocando a su madre en su lugar.

Si la mujer terapeuta confía en el proceso del tratamiento, como buena madre debería reforzar, apoyar y clarificar la posición del paciente en respuesta a la injusticia aparente del padre, animándole a moverse de la competencia de ella a tratar con el masculino directamente. Para ayudar mejor a las necesidades del paciente, debe resistir su propio instinto maternal para permitir que él se retire de ella.

El desafío principal al trabajar con pacientes homosexuales es siempre la confianza de los hombres –confianza en continuar el diálogo con la reciprocidad en la superficie de una injusticia aparente.

CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia –los conflictos sin resolver del propio terapeuta proyectados en la relación con el paciente- puede tener lugar de dos formas particulares en el tratamiento de la homosexualidad. Ese problema ocurre cuando el terapeuta quiere que el paciente sea “para” él, no permitiendo el desarrollo natural del progreso al ritmo del propio paciente. Puede existir una tendencia a la impaciencia con los ciclos del progreso alternando con un punto muerto. Podría tener intereses en demostrar un ritmo de sanación y en llevar a cabo un ejemplo de éxito terapéutico.

Además del excesivo egoísmo, el segundo desafío serio para el terapeuta es evitar la respuesta a la hostilidad del paciente con una defensa hostil por su parte. El terapeuta debe ser capaz de tolerar la negatividad y responder sin ser defensivo ni tratar con protección. Puede incluso ser tentado con abreviar la hostilidad del paciente proporcionando interpretación inmediata. En vez de eso, debe hacerse a sí mismo el objeto de la manifestación de los sentimientos y debe tolerar y entender esto. Lo que es de especial importancia es que desde el principio el terapeuta favorezca una relación íntima y de confianza por medio de la aceptación del paciente como persona única. Debe ser sensible con él como individuo y mantenerle en alta estima porque entiende la lucha del paciente. Algunos terapeutas se sienten incómodos con la dependencia emocional y la necesidad de muchos pacientes homosexuales y se llegan a sentir fuera de control o asfixiados. El terapeuta debe ser el “bastante buen” padre, dispuesto a estar “para” el hijo. Debe tender a dar de sí mismo sincera y compasivamente. Debe desafiar al paciente de una forma directa y honesta, sin manipular ni contaminar la relación con sus propias necesidades.

Un peligro en el área de la contratransferencia es que el terapeuta que no ha desarrollado completamente su propio amor del mismo sexo necesite ser emocionalmente dependiente de la admiración del paciente y lo manipule para conseguirla. El terapeuta necesita ser capaz de mantener a raya a un paciente demasiado seductor, que pueda excitar sentimientos en él que teme que puedan ser sexuales (si no, de hecho, lo son). Si el terapeuta consiente un encuentro sexual, no hay necesidad de decir que las consecuencias serán devastadoras para el paciente. Después de un periodo inicial de gratificación y excitación a corto plazo, el paciente perderá su capacidad de confianza y se sentirá utilizado y explotado. La relación terapéutica se destruirá y el paciente se volverá cínico con toda la psicoterapia.

El trabajo del terapeuta depende de muchos procesos íntimos y personales sobre él mismo. Como consecuencia debe tener claros sus sentimientos y debe estar continuamente seguro de sus propias motivaciones.

Capítulo 16

CUESTIONES TERAPÉUTICAS

LA TERAPIA REPARATIVA COMO INICIACIÓN

La mayoría de modelos de psicoterapia pueden ser clasificados en dos categorías: “iniciación masculina” o “destapar la feminidad”. El modelo de destapar refleja la psique femenina y ve a la persona como un ser en relación armoniosa con la vida. Asumiendo que un paciente reciba un lugar y tiempo suficientes, la inercia natural interior le llevará al desarrollo de su plena identidad. Las escuelas humanísticas de psicología, y en particular la escuela rogeriana, son un ejemplo típico de este acercamiento a la psicoterapia. Debido a que la conciencia de nuestro tiempo se ha vuelto mucho más femenina, es relativamente fácil para el lector comprender este modelo de despliegue de desarrollo personal.

Cuando la función femenina se integra y consolida, la conciencia masculina se divide, se nombra y se individualiza. La conciencia masculina se ve generalmente como cruda, dura y poco humana y ha caído en disfavor hoy entre la comunidad terapéutica. Menos popular aún es hoy el proceso terapéutico de iniciación masculina. La terapia inicial refleja la mente típicamente masculina con su sentido unidimensional del progreso: “Iré de aquí para allá”. Hay una tendencia a conceptuar secuencialmente, viendo el progreso como consistente en una serie de tareas y pruebas para las que hay un “perder” o “ganar”. Esta mentalidad jerárquica del logro se encuentra presente en las fraternidades de iniciación masculina y en otros ritos por el estilo.

El tratamiento inicial está diseñado para acomodarse a esta función especial de la psique masculina. En la terapia, los hombres necesitan metas para valorar su progreso. Generalmente tienen dificultad para hablar directamente sobre sus experiencias y relaciones emocionales, y están más inclinados a expresar oblicuamente, a través de hechos, tareas y objetos. Las mujeres tienden a encontrar esos marcos de referencia menos necesarios. Para ellas, un sentimiento de progreso asegura que ha habido una mejora.

En el ámbito del desarrollo personal, la necesidad del hombre de mantener un marcador de los logros puede, en el examen final, ser poco práctica en el examen final. Pero aunque podamos descartar el deseo del hombre de unos resultados tan tangibles como poco sofisticados, una terapia verdaderamente efectiva para los hombres satisfará este modo masculino de desarrollo personal.

A través de la historia de la humanidad el paso de niño a hombre siempre ha estado marcado por algún tipo de rito de iniciación. Mircea Eliade dijo que toda existencia humana consiste en una seria de pruebas de iniciación a través de las cuales el hombre se crea a sí mismo. Cuando vemos de cerca estos ritos de pasaje, vemos que siempre incluyen algún tipo de elección o lucha. El tratamiento de iniciación masculina requiere, por tanto, actos sistemáticos de deseo y determinación, requiriendo con frecuencia la decisión de ir en contra de lo que es más fácil o más placentero. Su filosofía es: “Si esperamos que ocurra por sí solo, puede que nunca ocurra”. Esta filosofía encuentra su analogía en la embriología. A menos que el feto lleve a cabo un segundo cambio hormonal, permanece femenino. Esto es conocido

como el principio de “primero Eva, luego Adán” (Money 1988). De forma similar, si las tareas de la identidad masculina no se completan, uno permanece femenino.

La terapia reparativa confía menos en el proceso de revelación espontánea y pone más responsabilidad en el paciente, esperando de él que tome el peso de su identidad, con el terapeuta o mentor. El terapeuta juega un papel particularmente enfocado a dirigir este tipo de terapia. Mientras que en el modelo de descubrir, el terapeuta provoca el cambio y el crecimiento por medio de una presencia relativamente pasiva, el terapeuta de iniciación está activamente presente y planteando retos. Asume un papel más instructivo en el tratamiento, facilitando el crecimiento como mentor, líder, modelo y entrenador. Por una parte apoya y por la otra confronta, como un padre. Proporciona la confianza de que es posible ganar en seguridad de género y completar el desarrollo. El tratamiento de iniciación masculina es particularmente apropiado para el problema de la homosexualidad, visto que uno de los orígenes de la condición es precisamente una carencia de iniciación.

REFORZAMIENTO DEL EGO Y ASERCIÓN

Una identidad herida o fragmentada en cualquier aspecto -especialmente en uno tan profundo como la identidad sexual- siempre disminuye el ego y el poder personal. El poder intrínseco viene de un sentido claro de lo que “yo soy”, la determinación de lo que “yo quiero” y la confianza en que “yo puedo” (Horner 1989). La resolución de los sentimientos homosexuales se asocia con el desarrollo del poder personal. El paciente va bien en el proceso de sanación cuando se convierte él mismo en el hombre que busca en los demás. Como hemos dicho anteriormente, no sexualizamos aquello con lo que nos identificamos. Cuando nos identificamos con alguien dejamos de sentirnos atraídos por él. Siempre es el otro-distinto-a-nosotros el que atrae.

Si se pregunta a un hombre con tendencia homosexual qué es lo que le atrae y probablemente responderá que la seguridad, la confianza en sí mismo y una actitud de tomar las riendas en la vida. Si se pregunta a una mujer que qué es lo que le atrae de un hombre, probablemente dirá las mismas cosas que el homosexual –porque ella también carece de estas cualidades masculinas. Eso no significa que no tenga seguridad pero la posee de forma femenina.

La atracción homosexual tiene lugar de forma más intensa cuando el paciente intenta nuevas formas para afirmar su poder masculino. Enfrentarse a un colega o al jefe, cambiar de carrera, avanzar por sí mismo, todo ello exige una fuerza interior distinta de sus viejos patrones de pasividad, aceptación y compromiso. Como si se tratase de ejercitar un viejo músculo, enseguida se siente agotado. Con frecuencia tiene la sensación de estar fuera de control. Y por mucho que no lo quiera, el contacto sexual con otro hombre cortocircuita por un momento el estrés de tener que luchar por su propia afirmación masculina. El fracaso del entorno familiar inicial al no proporcionarle sino la imagen del “niño bueno”, ha provocado esta asunción de que es débil y frágil. El comportamiento sexual externo no deseado suele ir precedido también de un sentimiento general de desconexión con los propios sentimientos, del propio cuerpo y del propio entorno. Aburrimiento, ansiedad y depresión inhiben el flujo natural de energía de las emociones, desconectan al hombre de su auténtico yo y bloquean su conciencia de poder personal. No sabiendo como renovarse, utiliza la excitación de un encuentro sexual para “dar el salto” al flujo de emociones, encender la llama y el poder. En paciente en terapia de grupo decía:

> *Me siento como un alcohólico que está dejándolo. Después de tres meses en terapia ahora me siento más en contacto con la realidad y tengo esperanza sobre el futuro. La aserción es el tema principal para mí. Casi nunca estoy seguro. Siempre he tenido una tendencia a evitar la confrontación o me*

confronto de forma defensiva y con ansiedad en vez de honesta y abiertamente. Es un patrón que me agota. Sé que esto ha tenido mucho que ver con mis hábitos sexuales destructivos y con mis perversiones.

A medida que me afirmo y permanezco "sobrio" y consciente, los patrones disminuyen. También mis relaciones se vuelven más auténticas y menos defensivas. Mi auto-estima está creciendo. Mi masculinidad es algo que estoy apenas empezando a desarrollar. A través de una relación honesta con otros hombres, lo estoy descubriendo lentamente.

Progresivamente, el paciente superará el viejo sentimiento de ser dejado fuera del grupo, de no ser apreciado, y de ser fácilmente desairado con facilidad. Más que llamar la atención, empezará a afirmarse y alcanzar a otros hombres. A medida que empieza a experimentarse a sí mismo como alguien generoso y lleno de recursos en sus relaciones con los demás hombres, superará la tendencia inconsciente a sentirse menos capaz y en el modelo receptivo. Superar la asunción inconsciente de que está dolido y desasistido requiere que el paciente se rete a sí mismo continuamente con nuevas tareas. Durante la terapia se le anima a buscar oportunidades prácticas que le conduzcan al cambio y a la maduración. Haciendo esto, se vuelve más receptivo a un sentimiento de inercia interior. Tal como un paciente decía: "*siempre he afrontado los retos de manera oblicua – ahora estoy aprendiendo a ir al meollo de las cosas*".

A medida que nuestro entrenamiento en afirmación progresa, nos encontramos con un número de temas que están relacionados, incluyendo el sentido de victimización, el compromiso de uno mismo por tener la aprobación de otros hombres y la dependencia hostil. Con frecuencia los hombres afirman tener una tendencia a "perderse" a favor de otro hombre, seguida de ira por tener que comprometerse para ganar la aceptación de otros.

VINCULACIÓN

En los últimos años hemos oído con frecuencia el término *vinculación*, en referencia generalmente a relaciones entre hombres. Descrito en 1969 por Tigre, resulta de un proceso selectivo en el que dos individuos se eligen uno a otro porque valoran mutuamente ciertas cualidades del otro. La vinculación conduce a una autoestima de los dos individuos porque se han elegido mutuamente tras un proceso de selección. Las relaciones de vinculación se caracterizan por la familiaridad, la confianza y la apertura. En una relación así, el falso yo es dejado de lado, permitiendo una comunicación honesta con el otro. La vinculación masculina tiene lugar generalmente a través de una actividad física compartida o de una tarea común. A diferencia de las mujeres, que pueden sentarse cara a cara y compartir directamente, los hombres se vinculan a través de hacer algo compartido. Es este vínculo lo que permite la identificación masculina.

Debido a que probablemente tuvieron pocos amigos en la infancia y adolescencia, la mayoría de los homosexuales se perdieron la fase de iniciación masculina, cuando sus compañeros se reunían en grupos para contar bromas y exageradas historias de valentía, conquistas de chicas, etc. El vínculo que resulta de esta camaradería masculina sirve en último término al objetivo de reforzar un sentido de identidad masculina. Al haber estado desapegados de este ritual de juventud, el adulto homosexual necesita aún encontrar este sentido de conexión masculina. Un paciente refería: "*ser amigos… ha encendido un fuego dentro de mí. Todo este sentimiento de confianza lo atribuyo a mis nuevos amigos varones. La idea de tener un mejor amigo al que poderle contar cosas simplemente parece motivarme*". Otro decía: "*tener amigos varones parece como volver a poner en funcionamiento el reloj del desarrollo, aunque desde un punto de vista del desarrollo, algunos de nosotros somos muchos más viejos".*

Estos intentos iniciales de vinculación masculina en la edad adulta a veces estimulan miedos sobre el vínculo personal y las cuestiones de poder. Por debajo de estos miedos yace el tema básico de la confianza. El paciente se ve confrontado a mirar a través de la confusión y de percepciones erróneas, de no verse distraído por una ira fuera de lugar, de no abandonar el reto por un falso yo quejoso. Se encuentra con el reto de superar sentimientos de no valer y de auto-condena. Progresivamente aprenderá cómo mostrar vulnerabilidad y pedir ayuda y a ser transparente y receptivo a las lecciones que le enseñan otros hombres.

EL RETO DE LA VERBALIZACIÓN

La auto-expresión afectiva suele ser un asunto importante para los hombres homosexuales. Esto se comprende ya que la auto-expresión afectiva es el medio para la afirmación interpersonal. Emitir opiniones es parte del carácter masculino.

Durante el transcurso de la terapia es tan frecuente que se presenten quejas de silencio, ira contenida y falta de aserción, que éstas son consideradas como síntomas del problema homosexual. El hombre puede sentirse débil e incapaz de opinar por sí mismo, sintiéndose sin nada que decir o paralizado o puede expresarse de una forma reaccionaria, provocativa y por tanto, igualmente nociva para sí mismo.

Aunque los hombres homosexuales tienen la fama de ser muy habladores, mi experiencia clínica me ha mostrado que muchos hombres tienen dificultades para expresar sus necesidades y deseos directa y decisivamente. Cuando eran niños, estos hombres no fueron animados a expresar sus necesidades y deseos y la expresión individual no era bien recibida en el sistema familiar. Los hombres heterosexuales se dice que tienen más dificultades para expresar sus sentimientos. Sin embargo, la dificultad del hombre homosexual parece estar más en conseguir cosas concretas mediante la expresión de sus necesidades, en la verbalización de sus necesidades y deseos. Puede hacer un buen trabajo expresando el sentimiento de estar dolido, de frustración, ira, injusticia, soledad; es decir, quejas, pero vacila en requerir cosas de otras personas de forma directa y decisiva. Tal como lo explica un paciente: "*Ordeno mis preguntas de forma cuidadosa de manera que puedo ver las respuestas entre líneas antes de que lleguen. Intento manipular una respuesta para no obtener un "no". Una pregunta clara y enfática podría darme como respuesta un claro y enfático "no" y eso no lo quiero*".

El formato no estructurado de la terapia de grupo supone un reto especial para cada miembro para decidir como pedir la ayuda del grupo. A través de un consenso hablado o no hablado, el grupo debe decidir quien hablará, por cuánto tiempo, sobre qué y con qué objetivo. La responsabilidad recae sobre cada hombre para determinar por sí mismo sus necesidades y deseos en relación con las necesidades y deseos de los demás miembros. La participación en la terapia de grupo también confronta a los pacientes a dejar el viejo hábito de escuchar de forma pasiva. Escuchar pasivamente es una escucha auto-centrada que estimula las auto-asociaciones más que una escucha de la experiencia única del que habla. La escucha pasiva como forma de desapego afectivo perpetúa el aislamiento emocional. La escucha activa, por el contrario, es una conexión sentida con el que habla en la que el que escucha se permite una respuesta interna, sentida sobre lo que se está diciendo. Esta respuesta sentida va acompañada de forma natural por una respuesta en la conducta, como un consejo, preguntas o comentarios.

CRECER POR ENCIMA DEL FALSO YO

El hombre homosexual lleva con frecuencia un falso yo desde la infancia, una presentación del "niño bueno" que compromete su verdadero yo para cumplir con las expectativas de uno o de ambos padres. Este falso yo puede manifestarse en uno de los dos extremos. Puede ser una versión sobre-animada, teatral, exagerada del yo, en

la que se da un gasto excesivo de energía o puede tomar la forma dormitante, de desapego pasivo y un guardarse toda muestra de energía personal con una actitud como de estar por encima de todo. Lo que hace el cambio especialmente duro para este paciente es que no ha descubierto aún lo que sustituye al viejo y falso yo. Espera pero no acaba de creerse que puede crecer hasta alcanzar un nuevo sentido del yo en paz, con una perspectiva madura de la vida, con auto-dominio y con la capacidad de intimar y confiar.

Para contrarrestar la tendencia a verse vencido por la indecisión, las dudas y el sentimiento de indefensión, el terapeuta debe buscar ese equilibrio óptimo entre la presión y el apoyo. Debe alimentar continuamente la conciencia del paciente de su propio poder personal, a la vez que traer su atención a nuevos retos. En medio de una larga y detallada historia de lamentos de un paciente, suelo interrumpir y preguntar: "*¿entonces, que es lo que quieres*?" Esta simple intervención es una forma de devolverlo a su motivación interior.

LA COMPETICIÓN

El asesor y escritor ex-gay Colin Cook describe la impresión que tuvo un día andando por un camino hacia un lago. Por detrás de él venían cuatro o cinco hombres jóvenes de unos veinte años, que le adelantaron y se zambulleron en el lago. Colin los vió luchar unos con otros y jugar de forma dura en el lago – buceando, riendo, dándose ahogadillas y jugando a la pelota. Viéndolos, Colin supo, sin ninguna duda, que eran heterosexuales (Cook 1990).

Dado que el paciente homosexual tiende a evitar la competición, la terapia debe incluir un test sobre sus recursos. Aquellos pacientes más avanzados hacia la heterosexualidad son normalmente los más rápidos para aprovechar las oportunidades, para enfrentarse a los retos en el trabajo y enfrentarse de forma efectiva (pero no reactiva) a la autoridad masculina. La competición es importante - para experimentar la lucha por el poder, ajustar la propia fuerza contra la de otro igual. Sabemos que "el acero da forma al acero; así un hombre da forma a otro hombre" (Proverbios 27:17).

Generalmente, el niño pre-homosexual echa de menos el contacto físico del juego de peleas con el padre y más tarde no toma parte en las competiciones físicas características de su edad. Mientras él miraba desde la distancia, sus compañeros estaban luchando y midiendo sus fuerzas unos con otros. La masculinidad está conectada inherentemente con el cuerpo y cuando uno está fuera de contacto con su actividad corporal, esto disminuye el sentido de masculinidad.

Los pacientes afirman que cuando se involucran en actividades físicas vigorosas, especialmente en deportes competitivos, se sienten más masculinos. Con el tiempo, la mayoría de los miembros del grupo desarrollan algún tipo de intereses masculinos relacionados con los deportes. Para una persona, puede ser ir de escalada con un amigo. Para otro, es jugar al tenis una vez a la semana con un compañero de trabajo. Para otro más, es ir al gimnasio, un gimnasio que sea claramente de heterosexuales donde no haya distracciones. Un paciente describe la conexión entre actividad física y masculinidad:

> *Cuando lucho con un amigo o juego un juego duro de racquetball me siento realmente masculino. Puedo tener sed pero algo hace clic y se da una aceleración en mí, una energía y me siento realmente masculino. No siento atracción hacia los chicos con los que juego al racquetball… él es un hombre, yo soy un hombre, estoy en igualdad de condiciones con esa persona.*
>
> *El otro día jugué al racquetball, luego nos tomamos la bebida normal de después del juego, gatorade,… eso es lo que se supone que tienes que beber.*

Me sentía bien de estar sudando. Entonces miré fuera y había un estante con revistas. Había una mujer en la portada y me sentí atraído por ella. Pensé: "¿Dónde está esa chica ahora que estoy listo para ella?".

Recuerdo que siendo un niño, debía tener como unos cinco años, me encantaba pelear con otros chicos. Pero en el algún momento se convirtió para mí en "deporte violento" y lo dejé porque se suponía que no debía ser violento. Pero me encantaba el contacto y no comprendo cuando eso se acabó y empecé a cambiar. Estoy un poco enfadado conmigo mismo por haberlo dejado. Muchas veces me culpo a mí mismo. Si me hubiera empujado a mí mismo en vez de parar -no sucumbir- siento que hoy podría ser diferente.

Aunque los defensores del estilo gay a menudo describen la competitividad histórica entre los hombres como un mal social, nosotros vemos la competición como una parte natural y engranada de la psique humana. La competición puede ser una barrera para la intimidad masculina pero es la forma en la que los hombres descubren su fuerza masculina. De hecho, puede que sea la única forma.

RELACIONES NO SEXUALES CON HOMBRES

Como hemos visto, algo central para la reparación de la homosexualidad es el establecimiento de relaciones íntimas no sexuales con hombres. Las amistades del mismo sexo se han mostrado como terapéuticas en las vidas de hombres que, sin psicoterapia, descubrieron sus propias formas de enfrentarse con la homosexualidad. Uno de estos hombres fue el filósofo lingüista Ludwig Wittgenstein. En 1919, Wittgenstein dejó el hogar familiar y tomó un alojamiento en Viena. Tal como explica su biógrafo:

Witgenstein tenía que encontrar el distrito tercero, elegido a su conveniencia, conveniente de una forma inesperada. Andando durante diez minutos… pudo encontrar rápidamente los prados del parque del Prater, donde hombres jóvenes estaban listos para proveerle sexualmente. Una vez que descubrió este lugar, Wittgenstein descubrió con horror que apenas podía mantenerse alejado de él. Muchas noches cada semana saldría de su cuarto y haría el rápido paseo hasta el Prater, poseído, tal como lo explicó a sus amigos, por un demonio que apenas podía controlar. (Bartley 1985, p. 40)

Su solución fue:

Witgenstein buscaría medios o situaciones que cumplieran dos condiciones: ser apartado de la tentación de relaciones sexuales fáciles y casuales con jóvenes de la calle y similares, y mantenerse rodeado de jóvenes con quienes pudiera disfrutar de relaciones platónicas que le "devolvieran a la vida". Así se desarrollaron una serie de amistades con jóvenes guapos de dulce y fácil disposición… hacia los que Wittgenstein podría encontrarse mucho más unido emocionalmente… amistades, por tanto, que utilizó como encuentros morales, dentro de las cuales se hizo creativo, cercano e incluso divertido (pp. 42-43).

En resumen, Wittgenstein manejó este conflicto decidiendo "vivir de una forma que hará que desaparezca lo que es problemático" (p. 42), a través de amistades masculinas no eróticas. Tal como explicaba un paciente:

Tener amigos ha sido el gran problema desde que era niño. Es más fácil para mí hacer amistad con hombres que son físicamente más pequeños o menos agresivos que yo. Es un reto para mí salir y buscar hombres que me intimidan porque son estereotipos típicos de hombre.

> *Cuando soy capaz de entablar amistad con esas personas por las que a menudo me he sentido intimidado… eso reafirma mi propia masculinidad. A menudo ese era mi problema para madurar. En vez de intentar simplemente ser amigo de cierto chico, me achicaba pensando, no puedo ser amigo de él porque no soy tan bueno como él.*
>
> *Ahora que soy adulto, cuando puedo entablar amistad con esos hombres, este área sexual disminuye. Y reafirma mi masculinidad porque sé que soy capaz de estar cerca de una persona así sin sexualizarla.*

Otro ejemplo de la disminución natural de la homosexualidad a través de la amistad masculina se puede encontrar en la obra de Green, *El síndrome del niño mariquita* (1987). En ella describe a un chico en el que "la necesidad sexual de hombres es vista como un sustituto de la atención no sexual de los hombres". El joven dice:

> Creo que he encontrado la atención que necesito de los chicos a través de mis amigos… así que el interés sexual o romántico ha disminuido… A medida que hacía amistad con personas con las que podía hablar sobre sentimientos muy personales, la necesidad de tener relaciones sexuales con ellos o pensar en tener relaciones sexuales con ellos, desaparecía… Sabía que no compartía los intereses comunes con chicos de mi edad e intuía que eso era un error. Ahora tengo intereses en común con mis amigos. Ya no me siento como antes, que no estaba interesado en deportes o cosas así como si fuesen malas, negativas (pp. 365-366).

Green, que no cree que los homosexuales puedan cambiar ni en sus fantasías ni en su comportamiento, no sabía qué hacer con este caso. Simplemente lo llamaba "atípico respecto a la muestra estudiada" y no investigó más a este joven (correspondencia privada).

De Leonardo da Vinci también se dice que sufrió un problema homosexual. Sin embargo, eligió el camino opuesto, aislarse con respecto a las amistades masculinas. Esto puede haber contribuido a sus años de soledad y depresión.

Freud (1911) creía que los homosexuales que redirigían su energía sexual hacia un servicio social estaban entre los que contribuían más a la sociedad. Describió a "aquellos que se enfrentan a la complacencia en los actos sexuales" mediante la sublimación del interés erótico, como "los que se distinguen por asumir un papel particularmente distinguido en los intereses generales de la humanidad" (p. 61).

El sueño perenne de encontrar la amistad masculina ideal con cualidades de excitación sexual o romántica bloquea al hombre gay dentro de un ciclo adictivo y perpetuamente frustrante. Para librarse de este ciclo debe aprender a apreciar una amistad relajada sin excitación sexual. Al principio, esto les parece a algunos como "menos", conformándose con la insulsa normalidad de las amistades masculinas. Frecuentemente se muestra cínico con respecto a las amistades "aburridas, normales".

PROBLEMAS EN LAS AMISTADES ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES

Se ha observado que las chicas anteponen las relaciones a las actividades de grupo, mientras que los chicos hacen exactamente lo contrario (Sanford y Lough 1988). Esta diferencia de prioridades también suele distinguir a los hombres homosexuales de los heterosexuales. Muchos homosexuales expresan dificultad para desarrollar amistades con hombres heterosexuales. Aunque los hombres homosexuales pueden desear "compartir sentimientos", los hombres heterosexuales quieren relacionarse a través de actividades compartidas. El hombre homosexual

suele estar deficientemente preparado para relacionarse a través de los deportes o tareas. Un paciente, expresando esta frustración, decía:

> *Los hombres heterosexuales hablan de deportes, porque es seguro. Pero eso es una verdadera trampa para nosotros por nuestras necesidades. Nosotros queremos compartir mucho más pero cuando lo intentamos sólo conseguimos empeorar las cosas, porque lo único que ellos quieren es hablar de deportes. Tienes que hablar de algo que no tiene ningún interés para ti para conseguir conectar. Tienes que hablar de deportes antes de poder acceder a los sentimientos del otro chico.*

Otro paciente lo confirmaba: "*Tiene que ser como - ¿Cuáles son tus verdaderos sentimientos acerca de los Rams (equipo deportivo)?*"

A veces esta actitud lleva al homosexual a la creencia de que es superior al hombre común. Como consecuencia de esta orientación sexual, él es supuestamente más sensible, artista, cultivado –en cierto modo como de más elite- que el hombre heterosexual corriente. Vemos este elitismo no sólo en los individuos sino también como algo característico de algunos grupos gays.

CATEGORÍAS DE AMISTADES MASCULINAS

Consideremos cuatro categorías de amistades masculinas para el homosexual en orden creciente por su valor reparativo:

Las *amistades gays* crean la posibilidad de una atracción erótica y de una explotación sexual mutua. La amistad honesta se ve contaminada por el flirteo y vagas insinuaciones, con ambos buscando pistas de receptividad sexual del otro. El juego mutuo y la manipulación minan los esfuerzos de establecer una igualdad y mutualidad, y disminuyen el valor de este tipo de relaciones.

Las *amistades homosexuales sin contacto sexual* con otros hombres homosexuales no gays ofrecen una empatía y una conexión especial. Sin embargo, son limitadas en su potencial de romper la mística masculina, que se reserva típicamente para el hombre heterosexual. Los restos de estas relaciones incluyen el desapego afectivo mutuamente reactivo y la ambivalencia hacia el mismo sexo. Estas amistades son una preparación para el reto mayor que suponen las amistades con hombres heterosexuales, que normalmente son menos comprensivos con respecto al reto que se les plantea a los homosexuales.

Las amistades heterosexuales no atractivas sexualmente tienen más valor. Las circunstancias de la vida ponen al paciente con frecuencia en contacto con estos hombres pero él no siente motivación para establecer una amistad. Cuando el hombre parece normal y la atracción sexual habitual desaparece, a menudo surge cierto desprecio y parece poco interesante o aburrido. Sin embargo, esas amistades pueden ofrecer la oportunidad de establecer un vínculo con lo masculino. Resulta de particular interés terapéutico la manifestación por parte del paciente a su amigo heterosexual de su lucha homosexual. Al ser un reto muy arriesgado y que produce mucha ansiedad, esta apertura debe ser una apuesta prudente y calculada. Pero si se produce con comprensión, el resultado será una experiencia muy sanadora. El intercambio llevará a la amistad a un nuevo nivel de honestidad e intimidad y romperá otra racionalización que perpetúa el desapego afectivo ("si realmente me conociera, nunca me aceptaría").

Las *amistades heterosexuales sexualmente atractivas* con hombres por los que el paciente siente una atracción erótica ofrecen la mayor oportunidad de curación. Sólo a través de esas asociaciones puede darse la transformación de la atracción erótica en una verdadera amistad; es decir, la desmitificación del hombre distante. Mientras que la apreciación estética por el aspecto físico y por las cualidades masculinas pueden

estar presente siempre, se hará progresivamente evidente que las fantasías sexuales no encajan en la amistad respetuosa mutua. A medida que el paciente experimenta una aceptación y una familiaridad creciente, esto lleva a una identificación y los sentimientos sexuales originales disminuyen de forma natural. Esta transformación de lo sexual a lo fraternal (de *eros* a *filio*) es la experiencia curativa esencial de la homosexualidad masculina.

LA TRANSFORMACIÓN

Una transformación significativa de la percepción suele darse con frecuencia en el transcurso del tratamiento a medida en que el paciente se hace progresivamente más consciente de sus verdaderas motivaciones. Se da cuenta de lo que siempre ha sospechado: que un déficit de identificación yace por debajo de sus atracciones homo-eróticas. La auto-conciencia y la mirada introspectiva alteran inevitablemente la ilusión erótica. Como un patrón de teatro que es testigo de una caída durante una escena, ya nunca más puede ver la escena de la misma forma.

Esta transformación significativa es descrita por un paciente en una de sus sesiones de la siguiente forma:

Paciente: En las pasadas semanas he notado una diferencia en mi atracción por los chicos que veo en la calle. Por supuesto que sigue habiendo una atracción hacia ellos pero me aburre. Antes, no pasaría más de media hora después de un encuentro sexual para querer estar de nuevo al acecho. Pero ahora siento la insignificancia de ello. Antes solía verla después pero ahora la siento antes.

Terapeuta: Eso es una parte esencial de la curación… ver el final y la inutilidad, la poca importancia.

Paciente: Si… (ríe) pero ahora quiero llegar a no sentir atracción… sólo ver lo insignificante que es. Eso es todo.

Terapeuta: Bueno, eso ocurrirá. A medida que progreses, la experiencia de la atracción y la insignificancia estarán cada vez más cerca.

Paciente: A veces me encuentro rechazando el sentimiento de insignificancia rodeando la atracción con fantasías sexuales. Mientras que antes las fantasías solían funcionar por sí mismas, ahora me veo intentando forzar la energía hacia las fantasías a fin de posponer el sentimiento inevitable de insignificancia. De alguna forma estoy intentando aferrarme a los viejos sentimientos.

Otro paciente describía una experiencia sexual de la siguiente forma:

> *Mientras estaba ocurriendo, me sentía como un niño. De repente pensé: "Sólo soy un niño jugando a tócame para ver como es el otro chico". Como dos niños descubriendo juegos sexuales por primera vez. "A ver, ¿tú tienes lo mismo que yo?".*
>
> *Había un sentimiento de que estaba simplemente buscando algo que perdí en la niñez. Tocándole me hacía sentir juvenil y estúpido, como si no hubiera nada real detrás de todo esto.*

RELACIONES CON LAS MUJERES

Cuando un hombre joven que es homosexual conoce a una mujer atractiva, su maniobra de defensa es mantenerse al nivel de la amistad. Ser amigo de una mujer es muy fácil y se puede charlar durante horas de una forma cómoda y familiar. Este tipo de relación resulta tan familiar porque es en gran medida lo que hizo en la niñez con

su madre, sus hermanas y las amigas de éstas. La tarea a lograr aquí es avanzar más allá del papel de interacción del "niño bueno" que aprendió a interpretar en la niñez. El papel de niño bueno – una creación distorsionada de lo femenino no saludable – puede haberse visto reforzado por una madre que gratificaba sus frustraciones dentro de un matrimonio infeliz.

Esperar que un hombre así avance más allá de una amistad platónica con las mujeres es ponerle frente a un fracaso casi seguro. Una causa importante de los tratamientos psicoanalíticos anteriores era el animar prematuramente a las relaciones sexuales. La teoría anterior – que enfatizaba a la madre sobre-posesiva – veía al homosexual como temeroso de las mujeres (heterofóbico). Irónicamente, es el miedo a los hombres lo que deja al homosexual inadecuado desde un punto de vista del desarrollo para acercarse sexualmente a una mujer. Aunque puede ser muy fácil para el homosexual hacer amistad con una mujer, puede serle imposible sexualizar la amistad. Por otra parte, la atracción sexual hacia los hombres será inmediata pero tendrá que reconducirla hacia la amistad.

Las relaciones románticas con mujeres tienen poco o ningún valor en la terapia hasta los últimos niveles. Cuando he animado a pacientes a desarrollar estas relaciones antes de estar preparados, volvían manifestando que se sentían muy incómodos, artificiales o deshonestos. Se veían a sí mismos como que habían utilizado a la mujer para un experimento. Como sus sentimientos no podrían adecuarse a su comportamiento, creían que la relación era una explotación y volvían sin excepción a un sentimiento de fracaso. Estos intentos clínicos de animar a una relación no sólo se demostraron inútiles y frustrantes sino que además erosionaron mi relación con el paciente. Estos hombres hablaban invariablemente de las relaciones con hombres como más significativas, más intensas, más satisfactorias y más impactantes.

EL TRABAJO TERAPÉUTICO IDEAL

A veces los sueños revelan una sabiduría curativa y cuando un sueño especialmente intenso o impactante emerge espontáneamente en la conciencia, se le debería prestar atención en la terapia.

A través del progreso en la terapia, un paciente de 26 años había empezado a ver su homosexualidad de forma más clara. Siendo un actor, describió un sueño que tuvo en tres ocasiones:

> *Estoy en la cama con un hombre y lo estoy besando. No tengo una erección porque no estoy excitado. Tengo una toalla sobre mi cintura para esconder el hecho de que no tengo una erección, porque el otro chico sí la tiene. Pero estoy pensando: "¿Porque lo estoy besando, acariciando?. No estoy disfrutando de eso. ¿Porque estoy aquí?"*
>
> *Entonces mi mente se vuelve hacia un plano amplio – y todo resulta ser un montaje. Y entonces alguien dice "¡Buena toma! ¡Buen trabajo!" Y me doy cuenta de que simplemente estaba haciendo un trabajo.*

Algunos pacientes emocionalmente reprimidos pueden recuperar el contacto con su vitalidad interior a través de una exploración de los sueños. Sin embargo, debe advertirse que un gasto regular de energía en los sueños puede producir una tendencia regresiva que funciona en contra de la extroversión, que es el énfasis de la terapia reparativa. Los pacientes pueden correr el riesgo de centrarse demasiado en imágenes internas cuando deberían centrarse en lugar de ello en retos prácticos externos.

BIBLIO-TERAPIA

La terapia reparativa se ve apoyada fuertemente por la biblio-terapia: la utilización terapéutica de libros y otros materiales de lectura. Cintas de audio, video, periódicos de grupos ex-gay y otros materiales educacionales disponibles, fuera de la terapia, ofrecen apoyo para la lucha personal y a menudo solitaria. Hay muchos grupos de ayuda tales como Exodus International, Courage, Homosexuals Anonymus, Regeneration y Love in Action, que contrarrestan la confusión desmoralizante creada por la propaganda gay y los media de nuestra cultura.

Capítulo 17

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Todo paciente es cauto, incluso temeroso, en la primera sesión de grupo. Existe el pensamiento pavoroso: "¡No permita Dios que haya alguien conocido!" La mayoría de los hombres homosexuales no gays no se han sentado nunca a hablar abiertamente antes con otros hombres que compartan su lucha.

Aunque las primeras sesiones se caracterizan por una intensa curiosidad sobre los otros, existe un enorme miedo de revelar detalles íntimos a alguien que pueda unirse a sus vidas diarias. Este aspecto para la confidencialidad tiene una base realista cuando consideramos que estos hombres no se sienten orgullosos de su condición. Sus sentimientos sexuales y principios internos llevan mucho tiempo en discordia.

EL PROCESO

Una vez que se es parte del grupo, todo hombre descubre que es un lugar en el que se siente a salvo, comprendido y aceptado. El formato es sin estructura y con final abierto. Se espera que cada hombre acepte su responsabilidad cuando se sienta preparado para hablar, haciendo un sitio para él mismo en el fluir de la conversación. Dentro del grupo de los hombres comparten problemas comunes, experiencias, perspicacias ganadas a duras penas de sus propias luchas e inspiración. Lo más importante, comparten un desafío común: el deseo de resolver el sentido interno de debilidad y de dolor para recuperar la identidad masculina total. Un paciente explicaba:

Para mí, el grupo ha sido como ponerse unas gafas cuando eres miope. Antes sólo podía ver imágenes y patrones vagos.

Otro decía:

> *Me figuraba que sufría este déficit masculino antes de venir aquí. Vine aquí porque sabía que necesitaba ayuda al figurarme qué hacer sobre ello. La razón por la que nunca progresé antes era que trabajaba en un vacío, estaba totalmente solo y no hablaba con nadie sobre ello. Tan pronto como encontré camaradería aquí con los hombres que sentían lo mismo y tenían los mismos problemas, entonces pude empezar a discutir las soluciones.*

Antes de mirar las dinámicas específicas que se aplican en el grupo homosexual, deberíamos comprender un modelo básico de proceso de grupo, que se divide en tres niveles de comunicación.

Todas las interacciones en la psicoterapia de grupo pueden colocarse en una de tres categorías de las menos a las más terapéuticas:

Nivel 1: Sin
Nivel 2: Dentro
Nivel 3: Entre

Nivel 1: “Sin”, es típico de la primera parte de la sesión de grupo. Tanto en la terapia individual como en la de grupo, el nivel 1 sirve como ejercicios seguros para entrar en calor en la conversación. Generalmente implica la conversación sobre lo que ha pasado durante la semana. Es una exposición de hechos externos sin consideración de motivaciones interiores.

Nivel 2: “Dentro”, es cuando dos o más personas empiezan a investigar y a clarificar el proceso interno de un miembro, es decir, la motivación que está detrás de los hechos que expone. Existe un intento compartido de comprender cómo participaba en producir que los hechos sucediesen.

Nivel 3: “Entre”, es el nivel más terapéutico, el más desafiante personalmente y en el que más se arriesga la mayoría pero el que ofrece la mayor oportunidad para construir la confianza. Tiene lugar cuando al menos dos miembros del grupo hablan sobre su relación mutua en el tiempo presente, mientras está sucediendo. La regulación del tiempo es central para el tercer nivel y los miembros deben hablar en el presente. Cuando expresen sus sentimientos positivos y negativos hacia el otro en el momento, describen lo que están experimentando, mientras está sucediendo realmente.

Se puede necesitar un tiempo considerable para abrirse paso hacia el nivel 3 y hacia el diálogo directo. Los miembros del grupo pueden ser heridos con facilidad en este nivel y se da mucho acercamiento-evitación y encontrar culpas. Cuando un miembro es herido, suele hacer referencias veladas a sus dudas sobre si el grupo puede ayudarle realmente. Para todos los grupos, el nivel 3 es el que más merece la pena. Concede la oportunidad de experimentar la reciprocidad, con su equilibrio de desafío y de apoyo (“dar palmaditas en la espalda”). Las sesiones de grupo no deben utilizarse como un sustituto de la sesión individual sino como un adjunto para el trabajo que sigue en la terapia individual.

LA RECIPROCIDAD

Al comienzo de las sesiones de nuestros grupos existe una fase inicial de “encontrar el defecto”. Hay resistencia a identificarse con el grupo: No son mi tipo, son demasiado viejos, demasiado jóvenes, demasiado promiscuos, demasiado ingenuos, etc. Esta es una primera manifestación de la exclusión defensiva de cada hombre. Esta exclusión defensiva produce que el homosexual esté cerrado en el patrón frustrante de crear dos tipos de hombres en todas las relaciones significativas de varones: O devalúa, minimiza, desestima y delega a otros hombres a una posición inferior o los eleva, admira y coloca en un pedestal.

El lugar en la escala es determinado por el “tipo”, la representación simbólica de un atributo masculino valorado que inconscientemente él piensa que no tiene y que la otra persona supuestamente posee. Estas cualidades con las que suele estar fascinado tienen poco que ver con el carácter de la persona y una vez que se desarrolla la familiaridad realista, la persona como unidad suele perder su atractivo sexual. Este patrón de relación descamada que deteriora emocionalmente vuelve a manifestarse en el proceso del grupo. La obsesión con el tipo es origen de mucha ira y de desavenencias en las relaciones homosexuales y cuenta mucho en la volatilidad e inestabilidad características de las relaciones gays.

Además de devaluar o sobrevalorar a otros hombres, existe un tercer modo de respuesta posible: reciprocidad. Una relación caracterizada por la reciprocidad tiene las cualidades de la honestidad, descubrimiento e igualdad. Incluso donde hay falta de equilibrio en lo referente a la edad, status o educación, compartir intimidades recíprocamente sirve como igualador. La reciprocidad en las relaciones es el objetivo de la psicoterapia de grupo, porque es en este nivel de interacción de personas del mismo sexo cuando tiene lugar la sanación. La reciprocidad crea la abertura por la que

pasa la identificación masculina. Es el pasaje a través del que todo hombre entra en la curación. Así explicaba un joven seminarista, que había tenido dificultades para mantener su voto de castidad:

> *Durante un largo tiempo ha habido necesidades que he ido suprimiendo. Después de este año en la terapia de grupo, tengo más esperanza para mi futuro. Ahora es menos probable que erotice el afecto y los abrazos de otros hombres y soy capaz de hablar con ellos sin que surja ningún sentimiento sexual en el camino.*

Un segundo hombre joven decía:

> *Si viniese a la terapia con la idea de que sólo tendría que abstenerme de sexo sin ninguna dirección positiva nueva hacia la intimidad con otros hombres, no creo que tendría esperanza de cambio real. Ahora he aceptado mi necesidad de intimidad real, no su represión sexual.*

Un miembro del grupo describía la experiencia del grupo como sigue:

> *Mi grupo es la energía masculina que necesito cada día. Ha sido una experiencia poderosa, intensa y enriquecedora. Nuestro grupo se ha convertido en el padre que todos necesitamos y perdimos en nuestros primeros años. Existe un poder, una presencia entre nosotros que nos mantiene dando, sanando y amando.*

Aunque ostensiblemente el asunto de estos grupos es la homosexualidad, el proceso adyacente, de hecho, es el universal de iniciación, maduración y cambio. Mientras que nuestro asunto específico aquí es el cese de cierta conducta, estos grupos se comprometen para la tarea común humana del crecimiento hacia la integridad. Los hombres ven que todos somos retados a crecer hacia la plenitud de la madurez y que cada uno de nosotros tiene sus propios obstáculos personales que vencer, basados en errores de desarrollo del pasado. Estas habilidades marcadamente humanas de auto-reflexionar, de evaluarse a sí mismo y de elegir cambio positivo son milagros verdaderos de la naturaleza humana.

LA EXCLUSIÓN DEFENSIVA ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO

Todos los tratamientos psicológicos deben vencer alguna forma de resistencia al crecimiento. Debemos decir muy simplemente que el tratamiento de la homosexualidad es la destrucción de la resistencia de la exclusión defensiva de los varones. La terapia de grupo es una oportunidad poderosa de identificar y trabajar a través de la exclusión defensiva.

A veces, parece como si todos los miembros de nuestra terapia de grupo estuvieran cargados de energía negativa que les hace repelerse mutuamente. Mientras que haya una sensibilidad y un asunto genuino para cada uno, hay también una precaución y una crítica que puede paralizar todo el proceso del grupo.

La exclusión defensiva es el mecanismo de bloqueo que impide el vínculo y la identificación con los varones. En principio, una protección contra las heridas de la infancia producida por algún varón, es ahora una barrera para la reciprocidad y la intimidad honesta con los hombres en la edad adulta. El homosexual está atrapado entre el deseo natural de completar su desarrollo natural con los hombres y su exclusión defensiva, que le produce miedo e ira en las relaciones con los hombres. Las manifestaciones de la exclusión defensiva aparecen como hostilidad, competitividad, falta de confianza y ansiedad sobre la aceptación. Los miembros del grupo son sensibles a los aspectos de traición y decepción porque cuando eran niños

se sintieron engañados y traicionados. Vemos el temor, la vulnerabilidad y la defensa, la fragilidad de las relaciones y romperse fácilmente la confianza lenta y vacilante ante la mínima desavenencia.

La resistencia más común a unirse a otros hombres en la psicoterapia de grupo es el silencio. El silencio es una expresión muda. Dice: “No me interesa, no me concierne; no me afecta lo que dices”. Algunos pacientes tienen dificultad para identificar sus sentimientos y de esa forma encontrar algo que decir. Otros tienen dificultad en afirmarse a sí mismos expresando lo que sienten.

Como se manifiesta tan frecuentemente en la comunicación entre los homosexuales, el sarcasmo se convierte también en una herramienta terapéutica importante. El sarcasmo es una agresión velada. No sienta bien pero la persona que recibe un dardo humorístico no puede dirigir directamente su hostilidad implicada. El sarcasmo es un arma común con el que los hombres homosexuales reducen a los demás y a sí mismos.

El poder del sarcasmo reside en su estilo –humorístico, inocente o improvisado- al que es difícil de responder directamente. Si la persona dirigiese a la herida, el que dirigiese el sarcasmo podría pedir su inocencia en la responsabilidad de su contenido. Como forma de hostilidad cubierta, el sarcasmo es lo contrario al estilo de confrontación honesto y directo de los hombres que esperamos producir. Como consecuencia, el sarcasmo es señalado inmediatamente –particularmente en la terapia de grupo, donde hay más probabilidad de ser utilizado.

Es interesante advertir que la Terapia de Afirmación Gay (GAT) encuentra las mismas dificultades para establecer la confianza entre los miembros del grupo. Sus descripciones de sospecha, desconfianza y resistencia son notablemente similares a las nuestras. Que se encuentren las mismas dificultades interpersonales en una terapia que refuerza la identidad gay, da más valor a nuestra sospecha de que existe una dinámica intra-psíquica (exclusión defensiva) que es característica de la condición homosexual. Cada modelo de terapia define esta dinámica intra-psíquica de forma diferente. Para nosotros es exclusión defensiva. Para la GAT no es sino “homofobia” inducida socialmente.

VARONES ORDINARIOS CONTRA MISTERIOSOS

En el proceso de nuestro grupo volvemos frecuentemente a la distinción hecha por nuestros pacientes entre dos clases de varones: ordinarios y misteriosos. Los hombres misteriosos son aquellos que poseen cualidades masculinas enigmáticas que dejan perplejo y seducen al paciente. Esos hombres son sobrevalorados e incluso idealizados, debido a que son la encarnación de las cualidades que el paciente habría deseado tener para sí.

Hay una resistencia a desarrollar amistades con hombres no misteriosos, familiares, aquellos que no poseen esas cualidades. Los hombres ordinarios son minusvalorados, a veces desestimados despectivamente. Como consecuencia, la mayoría de los pacientes ha tenido poca o ninguna relación con varones caracterizada por la reciprocidad. Colocando a otro hombre en una de estas dos categorías, justifica su exclusión. O se siente demasiado inferior o demasiado superior para establecer la reciprocidad necesaria para la amistad. Esta resistencia a hacer amigos con varones no misteriosos es una razón de por qué después de un interés y una emoción inicial al conocer a los demás miembros del grupo, los sentimientos se vuelven después hacia la desilusión. El paciente ve a los demás miembros del grupo “tan débiles como yo” y los llega a despreciar. Puede estar particularmente disgustado con los miembros “más débiles” del grupo, los más afeminados, más sentimentales, que manifiestan rasgos de vulnerabilidad en su personalidad. Es importante que esta resistencia se trate en la terapia individual.

La tarea del terapeuta es confrontar esta defensa y expresar al paciente que estos miembros del grupo tienen también algo que ofrecer. Puede enseñarle lo instrumental que para su propio desarrollo puede ser la ayuda de un miembro más débil. Puede ser necesario recordar al paciente que aprendemos mejor una lección cuando la enseñamos nosotros. Al ayudar a los miembros más débiles del grupo, profundizará en su propio sentido de seguridad masculina.

La experiencia terapéutica esencial es la desmitificación de los hombres, pasando de objeto sexual a persona real. Separando su experiencia de estas dos distintas percepciones, un paciente de 28 años de edad decía:

> *Inmediatamente después de cada experiencia homosexual, uno siente como que ha perdido algo. La cercanía que quería con otro hombre no tenía lugar. Me quedo con la idea de que lo que buscaba no era precisamente sexo.*
>
> *Esto es un contraste con mi relación con mi auténtico amigo Bob…. No siento la necesidad de tener relaciones sexuales con él. Estar tan cerca de él, consiguiendo todo lo que quiero de nuestra amistad, incluso sin pensar en el sexo… cuando me permito a mí mismo de verdad estar con esas amistades, es muy re-habilitador.*

REACCIONES DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Así como sentimientos sin resolver del pasado se vuelven a manifestar en las sesiones individuales, también sucede lo mismo en la terapia de grupo. De las diversas reacciones de transferencia negativas que se ven en las sesiones de grupo, la más común es la de exclusión defensiva: el distanciamiento emocional auto-protector de un miembro de otro. A veces vemos que facciones con dos o tres miembros se separan del resto pero con más frecuencia un individuo se excluye a sí mismo argumentando que los demás son injustos o que no le comprenden. Esta separación es una nueva puesta en escena de la infancia más temprana. La inversión emocional en un grupo de hombres reactiva muchas incertidumbres sobre la pertenencia en la compañía de varones. Si el paciente es honesto consigo mismo reconocerá que creó excusas para no pertenecer al grupo, porque la diferencia de otro hombre no es justificación para la disociación de él.

Con frecuencia es evidente que el miembro que ha dejado el grupo se siente ambivalente, porque podría continuar viendo otros miembros fuera de las sesiones. Desea mantener un contacto y un sentido de pertenencia con el grupo pero se siente demasiado amenazado para participar en un proceso terapéutico que requiere responsabilidad para su conducta y apertura honesta de sus motivaciones. Excluirse a sí mismo le ofrece la gratificación narcisista secundaria de hacerse sentir especial de alguna forma. A menudo también reprime todas sus ansiedades escondiéndose detrás de esta fantasía de que es diferente y especial, incluso aunque esta especialidad así llamada lo aliene y aísle. Una cuestión central para la curación de la homosexualidad será: "¿Cómo desarrollo mi individualidad al mismo tiempo que profundizo mi identificación con el hombre común?"

Nuestras sesiones de grupo más difíciles tuvieron lugar cuando dos o más miembros del grupo necesitaban expresar sentimientos negativos mutuamente (Nivel 3 del proceso de comunicación). Un argumento y sentimientos de daño surgidos como consecuencia llevaban a veces a uno de los hombres a amenazar con marcharse. En esas ocasiones, otros miembros se sentían decepcionados con el proceso del grupo.

Interpretan esos conflictos como prueba de que el grupo no puede trabajar y de que su decisión de formar parte fue un error.

PROBLEMAS CON LA EXPRESIÓN DE LA IRA

Los problemas con la ira inevitablemente se muestran en el transcurso de la terapia de grupo. Cuando eran niños, a muchos pacientes se les hizo pasar mal con cualquier muestra de ira. Sus hogares no toleraban la expresión de hostilidad. Si la ira se expresaba alguna vez era por parte de sus padres y devastaba emocionalmente a la familia entera. Cuando el padre (con frecuencia otro hombre derrotado) se enfadaba, había poco o ningún apoyo emocional en la relación para amortiguar la herida. Además, al niño no se le permitía mostrar su propia ira en defensa pero se le dejaba retirarse y ponerse de mal humor. Como consecuencia, las lecciones de la siguiente adolescencia se inculcaban muy profundamente: (1) La ira dirigida a mí significa que se me rechaza y (2) No tengo derecho a expresar mi ira – no es digna de expresión.

La influencia de estas dos lecciones (No puedo dar ni tener ira) vuelve a ponerse de manifiesto en el grupo cuando los miembros encuentran una dificultad en la relación. La expresión de la ira es un desafío tanto para el emisor como para el receptor. El hombre que expresa la ira puede necesitar verdaderamente esta nueva oportunidad para que su enfado sea oído y respetado. Por otra parte, el que la recibe puede encontrarlo duro para evitar sentirse atacado y rechazado como persona. Puede tener gran dificultad para volver a ganar su autocontrol y confiar en que el otro hombre sea todavía su amigo. Confiar en el proceso del grupo es el asunto esencial aquí. Los hombres no han aprendido todavía que existe un sentido innato de lealtad a un grupo que se reúne en benevolencia. No han aprendido todavía a confiar en la resistencia y la habilidad de los hombres para reconciliar sus diferencias personales. En su hipersensibilidad, su vulnerabilidad y defensa, pueden olvidar que comparten una batalla común.

Cuando era niño, cada uno de estos hombres eligió la exclusión defensiva como solución a lo que sentía en el momento de tener el desafío confuso de las relaciones con varones. Pero nunca imaginó el precio que tendría que pagar en el futuro por esa decisión. Ahora como adulto cada hombre se ve de cara con otra decisión: continuar manteniéndose tenazmente en la decisión de la infancia o abrirse a una relación de confianza con la fe de que la sanación es posible.

DESESPERACIÓN Y ESPERANZA

El paciente homosexual se hace con frecuencia la pregunta “¿Por qué yo?”, especialmente en momentos de derrota y desánimo. Con respecto a la psicodinámica, hemos respondido a esta pregunta en los capítulos anteriores. Pero a la pregunta existencial “¿Por qué yo?” es mucho más difícil de responder. Esta es una pregunta espiritual para la que no hay respuestas fáciles. El hombre que sufre para ser reengendrado a una madurez de vida es parte de un ciclo más amplio de nacimiento y muerte, de gozo y dolor, un nuevo nacimiento. El dilema homosexual es una manifestación poderosa de este drama histórico de alienación y reconciliación, de muerte y resurrección y del conflicto vivido intensamente. El problema homosexual ofrece una *vía dolorosa,* una forma de crecer hacia la madurez.

La lucha homosexual encuentra una fuerte analogía en la persona que compromete su vida a un ideal moral. La persona tiene una idea transformacional de la verdad de su vida y, aunque no siempre viva esa vida perfectamente, sin embargo, la dirige hacia el compromiso adquirido.

La lucha hacia la integridad requiere una elección que le permita ir y realizar un salto de fe hacia lo desconocido. Existe una desnudez, una producción de control y un ofrecimiento de ese control a un poder mayor.

En plenos momentos de mayor desesperación intento hacer que cada hombre tome conciencia de la nueva vida que reside bajo su soledad, su frustración y su desánimo. En esas ocasiones intento apoyar al hombre a atravesar el dolor- a que no huya ni evite ni proyecte ni dar coses de ira ni culpar sino a que se siente con el dolor y lo penetre, confiando en que hay nueva vida al otro lado del sufrimiento.

La adquisición de la identidad masculina debe ser un proceso para toda la vida. Porque a pesar de los errores más tempranos que un hombre pueda tener, las oportunidades para crecer hacia la madurez permanecen disponibles a lo largo de toda su vida.

Capítulo 18

LA ENTREVISTA INICIAL

INTRODUCCIÓN

Normalmente, es posible predecir en la primera sesión o en las dos primeras si la terapia reparativa será de ayuda para el paciente. Él sabrá normalmente enseguida si está de acuerdo o no con sus premisas. Los hombres que están claramente a disgusto con su homosexualidad y están comprometidos con trabajar por cambiar normalmente encuentran que la terapia reparativa era exactamente lo que estaban buscando. Si la primera sesión se convierte en un debate sobre los méritos de la terapia reparativa o las implicaciones éticas de la alternativa del estilo de vida gay, esto es una indicación de que el paciente no está preparado para esa terapia.

Con algunos pacientes, es necesario explorar más aún las motivaciones detrás de su sentimiento de culpa. La culpa es una reacción emocional que denota peligro en la conciencia: y el paciente que está genuinamente motivado a superar su homosexualidad puede ofrecer razones convincentes para justificar su sentimiento de culpa. Si la profundidad de su compromiso es fuerte y puede clarificar las razones para su culpa sobre el comportamiento sexual, entonces es probable que le vaya bien en la terapia.

Algunos pacientes están de acuerdo con las premisas de la terapia reparativa pero no tienen la fuerza interior para llevarla a cabo. Estos hombres normalmente caen tras los primeros meses a pesar de su aparente compromiso. La falta de fuerza interior deja a un paciente vulnerable ante las atracciones del estilo de vida gay. He encontrado una mayor proporción de hombres homosexuales con rasgos límites. Mientras que esos hombres pueden valorar la estructura de apoyo de las sesiones individuales o en grupo, sus preocupaciones sobre la dificultad del reajuste social ensombrecen con frecuencia sus problemas de reorientación sexual. Otros pacientes que dan mal resultado son aquellos que fueron traídos por sus padres o por su esposa. A menos que estén auto-motivados, normalmente siguen unas pocas sesiones para satisfacer a sus seres queridos o para oír lo que tengo que decir sobre el problema. Pero finalmente lo dejan.

Otro tipo de paciente que da mal resultado es aquel que no se ajusta al síndrome descrito en este libro. Muchos hombres muestran unos rasgos narcisistas pronunciados, exceso de atención por sí mismos, con un exterior encantador pero poca empatía hacia los demás. En su gran necesidad de ser admirados por otros, eligen un objeto de amor del mismo sexo, a menudo con rasgos físicos similares a sí mismos. Sin embargo, su idealización de este otro yo puede volverse rápidamente en desprecio. Este tipo de paciente normalmente no tiene dificultades particulares con las amistades masculinas o de seguridad, no muestra evidencia de deficiencia en la identidad sexual y tiene una historia familiar que no encaja en nuestros patrones. Las cuestiones de tratamiento en las que nosotros nos enfocamos no son de aplicación. Normalmente no busca la terapia él mismo sino que se ve presionado a venir por los padres o la esposa que no pueden tolerar sus romances gays.

Muchos pacientes tienen “deslices” pero siguen trabajando por cambiar. Los pacientes no dejan la terapia por su incapacidad de controlar un comportamiento

sexual no deseado. Más bien, los que la dejan lo hacen por una pérdida de compromiso con su objetivo inicial. Algunos tienen luego un cambio de sentimientos y vuelven meses más tarde o incluso años. De hecho, algunos hombres vuelven años más tarde por problemas distintos de la homosexualidad. Su homosexualidad a veces ha disminuido sin psicoterapia.

Algunos pacientes nunca han estado en terapia anteriormente y ni siquiera han hablado nunca sobre sus problemas con nadie. Estos hombres tienen un fuerte sentimiento de insatisfacción sobre su homosexualidad y a menudo encuentran en esta terapia exactamente lo que estaban buscando.

Muchos de los pacientes han estado en terapia antes. Sus tratamientos previos pueden haber estado orientados a apoyar su cambio de orientación sexual pero sus terapeutas fueron a menudo inefectivos porque tenían pocos conocimientos de las cuestiones del tratamiento. Muy a menudo estos terapeutas eran recordados con afecto pero tuvieron poco efecto en promover algún tipo de cambio de conducta.

Algunos de estos pacientes estuvieron anteriormente en terapia de afirmación gay. Después de algunas sesiones, entendieron que este no era el tipo de tratamiento para ellos. En algunos casos, los pacientes habían continuado con esta terapia durante bastante tiempo. Manifestaron la impresión explícita de que su terapeuta estaba intentando adoctrinarles en contra de sus verdaderos sentimientos y a menudo sentían que esto sucedía porque el mismo terapeuta tenía una identificación gay.

Los hombres que buscan terapia reparativa generalmente encuentran que sus atracciones homosexuales les provocan sufrimientos y vergüenza. Estos deseos son normalmente una violación de su sistema de valores convencionales, su trasfondo religioso y más importante aún, de quien creen ser.

La siguiente sesión corresponde a un paciente bastante típico.

SESIÓN INICIAL

(Olin tiene 26 años, es alto, delgado, con buenas maneras, de hablar suave y bien vestido. Parece algo más joven de su edad)

Terapeuta: Bueno, ¿qué puedo hacer por ti, que te trajo por aquí?

Paciente: He oído que usted trabaja con el tipo de problema que tengo y llamé y encontré que tenía una consulta aquí. Un amigo mío me recomendó que viniera a verle. Supongo que mi mayor preocupación es por qué quiero verle… supongo que mucho de ello tiene que ver con la sexualidad y supongo que estoy intentando entender, comprender de donde viene… lo que sea, usted comprende. Así que…

Terapeuta: ¿qué es exactamente lo que estás intentando averiguar?

Paciente: Ah, mi orientación sexual, pero a veces no pienso que sea gay, um…

Terapeuta: ¿por qué crees que no eres gay?

Paciente: Bueno, porque todo… te diré como… no quiero vivir con hombres. No creo que quiera tener una relación con un hombre.

Terapeuta: ¿Has tenido alguna vez una relación con un hombre?

Paciente: Una vez

Terapeuta: ¿Piensas en sexo con hombres?

Paciente: Pienso, ya sabes, en masturbación gay. Ya sabes y todos estos pensamientos sobre sexualidad son de sexualidad masculina. Y me asusta. Y luego fantaseo en mi mente sobre como sería estar en ese tipo de vida y pienso ¿quieres esto para el resto de tu vida?

Terapeuta: ¿Quieres tener relaciones sexuales con otros hombres?

Paciente: No. Quiero intentar luchar contra ello. Básicamente siento que tal vez soy bisexual y eso es lo que me ha estado preocupando durante muchos años.

Terapeuta: ¿Cuántos años tienes?

Paciente: 26, y… (pausa)

Terapeuta: Así que dices que no quieres ser bisexual.

Paciente: No, no quiero. Me encantaría ser heterosexual, totalmente. Me gustaría tener una familia y eso es lo que me está destrozando.

Terapeuta: Así que quieres sentirte atraído por las mujeres. ¿Sientes alguna atracción por las mujeres?

Paciente: Supongo que sí, alguna. Tengo muchas amigas.

Terapeuta: ¿Por qué no quieres ser gay?

Paciente: Bueno, una razón es que quiero casarme y tener hijos. Sé que el estilo de vida gay lleva a la soledad. Conozco a mucha gente que es así y son muy infelices. Se quedan solos más tarde en la vida.

Terapeuta: Quieres seguridad en una relación duradera. ¿Has estado antes en psicoterapia?

Paciente: Sí. Visité a un psicólogo durante unos cuatro meses. Decía que probablemente yo no era gay. Pensaba que todo estaba en mi cabeza. Al final le dije: "Mire, creo que realmente lo soy. Estoy teniendo verdaderos problemas con esto. No me gusta, quiero cambiar o lo que sea que tenga que hacer…". El tenía esta idea de recuperar el pasado, sabe… y ese es el verdadero problema que tenía con él. Quiero decir que básicamente decía: "Bueno, vale, pues esta es la razón por la que tiene estos sentimientos, esto y esto y esto". Y yo decía: "De acuerdo, ¿cuál es el siguiente paso?". Entonces te dice que probablemente te ayudará a resolverlo todo. Me sentí realmente frustrado con él antes de dejarlo. Luego fui a otro tipo y básicamente me dijo que no hay nada que hacer. No hay nada que se pueda cambiar. Lo mejor que puede hacer si no quiere ser gay es vivir en castidad durante el resto de su vida; simplemente no tener relaciones.

Terapeuta: (risa). Así que uno te dice que no, que no lo eres y el otro te dice que sí y que simplemente te mantengas sin relaciones.

Paciente: Sí

(Las respuestas de los terapeutas anteriores a sus quejas han sido frustrantes. En esta primera sesión quiero demostrarle claramente cómo la terapia reparativa es diferente para que pueda experimentar alguna esperanza)

Terapeuta: ¿Te sientes lo bastante masculino?

Paciente: Um, probablemente no.

Terapeuta: ¿Has pensado antes en esto?

Paciente: En verdad, no.

Terapeuta: Pensar en esto es esencial para tu terapia. Una falta de identificación completa con la masculinidad puede hacer que un hombre se interese sexualmente por otros hombres. Tú no pareces afeminado, no hay nada en tu aspecto que diga que no te sientas masculino… pero dentro tienes tus dudas. ¿Tuviste problemas para encontrar amigos varones mientras crecías?

Paciente: Uh, realmente no lo sé. Parece que sí. Nos mudábamos mucho y parecía que en ningún barrio al que íbamos había chicos de mi edad en el bloque. Es extraño, recuerdo mirar hacia atrás y había siempre tantas chicas y si había chicos eran de la edad de mi hermano y él es ocho años más pequeño que yo, por lo que realmente no había nadie para mí. En el colegio tenía un par de amigos pero el problema con eso era que– con la mayoría de chicos con los que me juntaba de pequeño, acababa siempre en algo más bien sexual.

Terapeuta: Cuando tenías una relación sexual con los chicos, creo que realmente estabas intentando acercarte a ellos emocionalmente, intentando establecer un vínculo con ellos. Creo que estabas estableciendo un cortocircuito en tu necesidad de identificación masculina y de intimidad mediante un contacto sexual. ¿Qué tipo de relación tenías con tu padre?

Paciente: Uh, ha sido bastante mala.

Terapeuta: ¿En qué sentido?

Paciente: Bueno, mi padre murió cuando yo era un bebé. Así que nunca tuve relación con él. Pero tengo un padrastro que me crió desde que tenía unos cuatro años. Somos tan diferentes. El es…

Terapeuta: ¿Cuántos años tenías cuando murió tu padre?

Paciente: Era sólo un bebé, apenas recién nacido. Creo que tenía dos meses.

Terapeuta: ¿Ah, sí? Entonces este hombre vino cuando tenías cuatro años…

Paciente: Unos cuatro…

Terapeuta: ¿Y fue bueno?

Paciente: Bueno, creo que al crecer no noté ninguna diferencia. No sé cuando me dijeron que no era mi padre. Pero es tan diferente de mí. Es muy callado, prácticamente sin emociones… aunque es bueno con nosotros, ya sabe, en muchos sentidos.

Terapeuta: ¿Quién es nosotros?

Paciente: Mi hermana y mi hermano pequeño.

Terapeuta: Háblame de tu padrastro.

Paciente: Es como un tipo macho, grande, ya sabe. Creció en una granja… Es como un tipo rústico. Yo soy más hablador. Yo pienso más en mostrar los

sentimientos… supongo que soy más afectivo… necesito ver emociones y sentir emociones. Una vez vi una lágrima en mi padrastro. Eso es. Sabe, estaba sorprendido de verla. Creo que le sorprendió. Es como… que no había visto eso antes.

Terapeuta: Así que no tuviste padre entre que tenías varios meses y cuando tu madre se volvió a casar cuando tenía cuatro años.

Paciente: Correcto.

(Este paciente representa el frecuente patrón de desarrollo de falta de figura paterna durante la fase crítica de identidad de género alrededor de los 2 años de edad. Aún así queremos explorar hasta qué punto se identifica con su padrastro)

Terapeuta: ¿Sientes alguna vez el deseo de sentirte más cerca de tu padre?

Paciente: ¿Mi padrastro? Um… a veces… y a medida que me hago mayor, sí. Es más fácil ahora porque lo entiendo mejor. Durante mucho tiempo estuve como… no con miedo pero me sentía extraño a su alrededor. Desde que era niño, me levantaba por la mañana y encontraba que él ya estaba levantado y estábamos en la cocina, juntos, y no sabía qué decirle. Era realmente extraño. Puede estar muy a gusto estando solo sin hablar nada. Yo no soy así. Y creo que se sentía extraño conmigo también, a veces. Mi madre bajaba y decía: "Es bonito veros a los dos juntos". Creo que a él le gustaba hablarme cuando yo le hablaba. Algunas veces venía y empezaba a hablarme pero a mí siempre me sorprendía eso.

Terapeuta: Tenía que ser más por tu parte.

Paciente: Sí, porque, bueno… él simplemente no es así.

Terapeuta: Y sin embargo parece que el verdadero distanciamiento es por tu parte porque él intentaba hablarle.

Paciente: Sí pero yo creo que es en ambos sentidos.

Terapeuta: Háblame de tu relación con tu madre. ¿Cómo te llevas con ella?

Paciente: Siento como que tengo dos relaciones con mi madre. Una es que la quiero y es estupendo. En otra forma chocamos… Es muy cabezota, excesiva.

Terapeuta: ¿Excesiva?

Paciente: Sí… en la forma en que se comporta.

Terapeuta: ¿Tuviste problemas en las relaciones con tus compañeros varones? ¿Te sentías cómodo con los otros chicos?

Paciente: Sí. (pausa) Me sentía un poco incómodo.

Terapeuta: ¿Por qué te sentías incómodo?

Paciente: Porque de alguna forma quería… quería contacto íntimo con ellos.

Terapeuta: ¿Contacto sexual?

Paciente: A veces.

Terapeuta: Lo que creo que intentabas hacer era obtener ese sentido de identificación masculina. Estabas intentando establecer vínculos con lo masculino y esa necesidad se expresaba de forma sexual.

Paciente: (pausa) Pero también lo rechazaba.

Terapeuta: ¿Qué rechazabas?

Paciente: Que fuera sexual. Estaba avergonzado… Era extraño pero al mismo tiempo lo disfrutaba. Sentía verdadera vergüenza… (pausa)

Incluso en el bachillerato tenía un aspecto joven para mi edad y tenía algunos chicos mayores que me miraban y me seguían por el edificio y yo me preguntaba: "¿Qué demonios hago para atraer la atención de esos chicos?". Por mi parte creo que me metí en esto porque necesitaba sentirme más cercano a alguien y eso siempre estaba ahí. Alguien se me acercaba siempre y a veces simplemente sucedía.

Terapeuta: Me interesa hacerte estas preguntas porque muchos hombres homosexuales han respondido a ellas de manera parecida… Le pregunté: "¿Qué tipo de relación tenías con tu padre?" Dijiste "mala". "¿Qué tipo de relación tenías con tus compañeros varones?". Dijiste "mala". Estudio tras estudio muestra que los homosexuales suelen tener malas relaciones de niños con sus padres. A veces también han tenido problemas en la relación con sus madres y a menudo no tuvieron amigos varones. Cuando tenías una relación sexual con chicos, creo que realmente estabas intentando acercarte a ellos emocionalmente, intentando construir un vínculo con ellos. Eso es exactamente lo que el hombre homosexual adulto hace a menudo: cortocircuita su necesidad de identificación y de intimidad masculinas mediante un contacto sexual. Así que el tratamiento básico en esos casos sería aprender a desarrollar relaciones cercanas e íntimas con hombres sin sexualizarlas. ¿Qué tal las amistades durante los años del instituto?

Paciente: Durante mis años de instituto era tímido y en ese tiempo no tenía amigos homosexuales en absoluto. Tuve una especie de novia. Estaba muy metida en la iglesia y salíamos juntos. Ella tenía un montón de amigos gays. La primera vez que me encontré con ellos parecía que tenían algo que yo buscaba… era la sociabilidad. Eran tan sociables. Era como, "¡Oh, guau, son gays!". Así que empecé a ir a los clubes nocturnos.

Terapeuta: ¿Cuál es tu impresión sobre los clubes nocturnos?

Paciente: ¿Ahora o entonces?

Terapeuta: Entonces y ahora.

Paciente: Bueno, a mí siempre me gustó salir y bailar y divertirme. Esa es una de las razones, el aspecto social…

Terapeuta: ¿Qué tipo de chicos querías conocer?

Paciente: ¿Entonces? Creo que… simplemente alguien a quien le gustara salir y divertirse, charlar y todo eso.

Terapeuta: Háblame de la relación que tuvo.

Paciente: Fue hace unos dos años… estaba con este tipo, Jack, y me sentía incómodo en la relación. Sentía que él era mejor que yo. Él tenía un trabajo de verdad y yo no.

Terapeuta: ¿Cuánto duró la relación?

Paciente: Unos seis o siete meses. Sentía que él se tenía que ocupar de mí, me sentía protegido. Lo que sucedió fue que buscó otras relaciones y yo me sentí realmente dolido. Sentí como que me había dejado. Aquí estaba yo, colgado, teniendo que ocuparme de mi propia vida.

Terapeuta: ¿Cómo os conocisteis Jack y tú?

Paciente: Conocí a Jack en un bar gay… Sentía que necesitaba estar con un hombre. Necesitaba la proximidad, ese sentimiento de estar cerca y de ser amado. Así que fuimos a mi casa y empezamos "¿podemos ser simplemente amigos?" Así, hasta que sentimos que queríamos tener sexo. Tuvimos relaciones sexuales durante tres horas.

Terapeuta: ¡Tres horas!

Paciente: (ríe)

Terapeuta: ¡Lo dices como si hubieras batido un record mundial! ¡Tan orgulloso! (ríe)

Paciente: Lo digo como un hecho, tres horas, sí, y ese fue el comienzo de nuestra amistad, nuestra relación durante un largo tiempo y sólo hasta hace aproximadamente un año cuando lo eliminé de mi sistema.

Terapeuta: ¿Lo has superado?

Paciente: Sí. Cuando finalmente consiguió un trabajo pensé: "Oh Dios mío" – tendría que conseguir un trabajo con él.

Terapeuta: ¿Por qué sentías que necesitaba un trabajo?

Paciente: Porque era mayor que él y sentía que debía conseguir un trabajo. Consiguió un trabajo en el Hotel Beverly Hill. Mis mayores miedos se estaban haciendo realidad. Todo se estaba hundiendo. ¡Él se estaba convirtiendo en alguien! Empezó a vestir trajes y todo eso.

Terapeuta: ¿Y qué estaba ocurriendo?

Paciente: Mi mayor miedo estaba ocurriendo – él se estaba dando cuenta de que era alguien. Antes de eso, yo siempre era el que le decía lo que valía. Así que entonces me dejó. Y entonces empecé a pensar un montón durante el año siguiente y me di cuenta… (pausa)… No era bueno para mí… Había sido infeliz. Había estado atascado.

Terapeuta: Te diste cuenta de que tenías que librarte de la frustración que te había mantenido unido a él. (Pausa). Dime… ¿Te sientes seguro en tu vida?

Paciente: Supongo que no tengo una base sólida para empezar a sentirme seguro. Siento que estoy en un terreno resbaladizo, ¿sabes?

Terapeuta: ¿Qué te hizo cambiar de opinión en cuanto a encontrar una relación gay? ¿Aún tienes esos sentimientos homosexuales?

Paciente: Creo que debería contarte algo sobre mi actitud hacia estos sentimientos. Estoy realmente cabreado. Ha arruinado mi vida y no me gusta.

Terapeuta: Me gusta esa ira, porque la ira es una energía que puede ayudarte a salir de esa condición. Es mucho más útil que la autocompasión o la depresión. Pero tenemos que tener cuidado de no dirigir la ira hacia ti mismo sino hacia la homosexualidad.

Paciente: Como te dije, he estado en terapia antes. Había muchas razones que me llevaron a la terapia pero después de repasarlas todas, la razón de fondo ha sido el tema sexual. Pero siempre ha habido otros temas también – la decisión profesional, problemas en las relaciones, sentimientos sobre mí mismo – pero el problema sexual siempre estaba detrás de todo. Cambiaba diferentes cosas en mi vida pero siempre llegaba a un punto en el que el cambio no funcionaba más. Entonces ya no me importaba y lo dejaba todo y me deprimía. No estoy tan deprimido como antes pero este ha sido un tema clave. Hay otras cuestiones, el tema del padre, que llevará tiempo pero siempre he tenido este sentimiento. Nunca he sentido que pudiera confiar en nadie. Nunca he sentido que hubiese nadie a quien se lo pudiese contar.

Terapeuta: Claro.

Paciente: Últimamente me he estado sintiendo mal – y se manifiesta sexualmente, muchas fantasías, mucha basura.

Terapeuta: ¿Buscando relaciones?

Paciente: No, ya no. Masturbación y pornografía, ya sabes. Antes solía ir a baños y mirar a los chicos, ya sabes, pero ahora no. Es algo de lo que me avergüenzo.

Terapeuta: ¿Tiene sentido para ti lo que te he explicado? (Intentando volver a algunos conceptos para ayudarle a encontrar coraje en ellos)

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¿Has tenido alguna vez relaciones con tipos que no eran homosexuales?

Paciente: Claro. Aunque debo admitir que preferiría encontrarme más cómodo haciendo amistades.

Terapeuta: Las relaciones con hombres son muy importantes. ¿Alguna vez notas...? – veamos si esto es así en tu caso, algunos tipos dicen que sí. Cuando se sienten mal o débiles sobre sí mismos, o haber tenido un fracaso o una decepción, es cuando parecen sexualizar más a otros chicos. Cuando se sienten bien y seguros y confiados consigo mismos y tienen su vida en orden y las cosas les van bien, la preocupaciones sexuales disminuyen. Pueden mirar a un tipo bien parecido pero no tener sentimientos sexuales hacia ellos. ¿Se ajusta eso a tus sentimientos?

Paciente: Sí. Creo que eso es cierto.

Terapeuta: ¿Eres muy sensible hacia otros hombres, buscas su aprobación, quieres su aprobación… pero eres muy sensible hacia cualquier tipo de reproche?

Paciente: Sí… He notado que cuando me siento a la mesa y algún tipo dice algo que me parece un desprecio, que probablemente ni ha pensado, me lo tomo realmente como algo personal y grave…

(Parece haber reflexionado mucho sobre sus sentimientos de inferioridad en las relaciones masculinas. Pensé que este era un buen momento para explicarle algunos temas de transferencia)

Terapeuta: Te deprimes.

Paciente: Sí.

Terapeuta: Eso puede pasar también en tu relación. Quiero decir, si decides continuar y desarrollamos una relación terapéutica puedes sentir que yo te estoy haciendo algún desaire. Dímelo. Ponlo encima de la mesa, este es el lugar para hacerlo… Este es un tema muy importante.

Paciente: De acuerdo.

Terapeuta: Y cuando estés deprimido… decías que a veces te deprimes cuando otro hombre te menosprecia. ¿Cómo sales de la depresión?

Paciente: No estoy seguro. Me hundo.

Terapeuta: ¿Fantasías sexuales?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Así que cuando te sientes desanimado en las relaciones con otros hombres, te metes en fantasías sexuales. ¿Y como te sientes después?

Paciente: Fatal. Me pone en una pendiente hacia abajo.

Terapeuta: Claro. Fíjate en lo que estamos diciendo aquí. Tú te sientas con un grupo de chicos, chicos hetero, y uno dice "que te jodan", y en vez de decir tú "que te jodan a ti", … tú empiezas "Oh" y te sientes hundido y en vez de dirigir esa agresión directamente hacia el otro hombre, la sexualizas. Buscas alivio sexual para librarte temporalmente de tu depresión… ¿Estoy en lo cierto? Sólo espero en este encuentro que lo que te diga tenga sentido para ti.

Paciente: Oh, sí. Tiene todo el sentido.

Terapeuta: Tiene que sonarte como lo cierto para ti.

Paciente: (pausa) Sí, tiene mucho sentido.

Terapeuta: En la terapia reparativa debes empezar a sentirte mejor contigo mismo. Debes sentirte más seguro, más fuerte personalmente. Tus fantasías sexuales y la masturbación deben disminuir cuando empieces a comprender de donde vienen los sentimientos sexuales. Cuando estabas en casa con mamá o jugando fuera con niñas en tu barrio, los otros chicos estaban fueran en las calles dando vueltas y haciendo gamberradas y estaban construyendo ese vínculo masculino, mientras que tú estabas desapegado, estabas en un desapego defensivo solitario. Así que ahora tienes que construir ese vínculo.

Paciente: ¿Cuánto tiempo lleva eso?

Terapeuta: Todo el mundo es diferente pero es gradual. No es un caso de nada, nada – ¡bum!, soy heterosexual.

Paciente: Ya.

Terapeuta: Debes empezar a experimentar beneficios pronto. Habrá veces en que estarás deprimido, habrá veces que sentirás que no hay esperanza, cuando tus pensamientos sexuales y tus sentimientos y comportamiento estarán fuera de control… Pero deberá haber una disminución progresiva del comportamiento sexual. Habrá un momento en que mirarás a un chico y dirás: "Es bien parecido pero no tengo

un problema de atracción sexual hacia él". Si decides continuar, trabajaremos lentamente, no me preocupa la velocidad. Te aceptaré a tu ritmo. Debes saber eso. Ahora - ¿qué más crees que debería saber sobre ti?

Paciente: Bueno –siento que quiero cambiar de verdad y que quiero conseguir lo mejor que pueda. Estoy cansado de todo esto…

Terapeuta: Comprendo. ¿Eres aficionado a algún deporte?

Paciente: Sí. Golf y nadar, y tenis.

Terapeuta: Bien. Te animo a que hagas más ejercicio físico. Primero, te ayudará con tu depresión. Segundo, te dará un sentido más fuerte, más sólido de ti mismo. Cuando hacemos ejercicio nos sentimos más fuertes, nos sentimos mejor con nosotros mismos. La tercera cosa es que el ejercicio físico es importante como un medio de conectar con otros chicos. Crea un vínculo. La relación del padre con su hijo se construye a través del hacer. No se sienta y toma café con su hijo como podrían hacer las madres y las hijas. Te haría bien ir a un gimnasio. ¿Has ido alguna vez a un gimnasio?

Paciente: No.

Terapeuta: Bueno, piénsalo. Al principio de esta sesión te quejaste de que tu último terapeuta no te daba direcciones específicas. Creo que a mí me encontrarás bastante diferente.

Paciente: Ya lo veo.

Terapeuta: ¿Crees que te podrías encontrar cómodo conmigo en esta terapia?

Paciente: Sí. Al menos, me gustaría intentarlo.

Este paciente continuó con sesiones individuales y más adelante entró en terapia de grupo. Actualmente está bien, ha hecho un buen progreso hacia el primer y más importante objetivo del tratamiento: desarrollar amistades masculinas sanas, no eróticas y en un plano de igualdad.

Los pacientes que no suelen continuar después de la primera sesión generalmente son aquellos que han sido traídos por los padres o la esposa. Aunque pueden estar estresados debido a su homosexualidad, continúan identificados con ella, aceptando que "esto es lo que soy". Están abiertos a recibir ayuda por los aspectos del estrés del estilo de vida gay pero están en desacuerdo fundamentalmente con las premisas de la terapia reparativa.

Capítulo 19

LOS ASPECTOS DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

EL FALSO YO

CASO 1

(Este paciente, Harry, es un hombre divorciado de 52 años de edad y es propietario de una empresa importante. Su caso demuestra el rasgo clínico del falso yo que se ve a menudo en los homosexuales –en este caso, creció como el "buen chico").

Paciente: Una vez le dije a mi madre que debería dejar a mi padre. Le dije: "Mamá, no soporto sus porquerías."

Terapeuta: ¡Cuántas veces los hijos homosexuales le han dicho a su madre que deje a Papá!

Paciente: Pero, ¿por qué?

Terapeuta: Porque tú dejaste a papá hace mucho tiempo y ahora quieres que mamá haga lo mismo. Te uniste a ella contra él.

Paciente: (Ríe) Sí. Puede que sí pero lo que le dije era todavía un buen consejo.

Terapeuta: Tu mamá conseguía de ti los bienes emocionales que no conseguía de su marido.

Paciente: Pero ¿por qué yo? Siempre sentí que tenía que hacer que mamá fuese feliz.

Terapeuta: De alguna forma fuiste cogido.

Paciente: Yo era un niño bonito. Tengo una foto de cuando tenía seis años con este pequeño y agradable uniforme, pelo rubio rizado y toda esta porquería. Tenía personalidad. Solía cantar, entretener a todo el mundo, era…

Terapeuta: ...Eras especial.

Paciente: Sí… Era especial… Pero no me siento cómodo hablando de esto. (Pausa larga)

Terapeuta: ¿Por qué no te sientes cómodo hablando de la forma especial en que fuiste tratado cuando eras niño?

Paciente: (Pausa)… (Con algo de ira). Porque no creo que fuera tratado como alguien especial.

(El paciente está tratando de confrontar la contradicción de ser especial pero no especial de verdad. Esta es la paradoja común del niño utilizado. Al mismo tiempo que

sus padres le reconocían ciertos talentos especiales, fallaron en reconocerle sus necesidades o reflejar su verdadera identidad.)

Terapeuta: ¿De qué forma no eras tú mismo cuando eras niño? ¿Cantabas, llamabas la atención… te comportabas tiernamente…en las fotos…? ¿Cómo?

Paciente: Trataba de agradar a todo el mundo. Siempre pasé mi vida agradando a los demás. Empecé siendo asistente ejecutivo de mi madre y lo llevo haciendo desde entonces. Fui asistente ejecutivo de mi esposa durante quince años. Nunca he sido número 1 en toda mi vida. Ese ha sido mi papel. Fui el criado de mi madre. Hace un largo tiempo me dijo un amigo: "Harry, le tienes miedo al éxito."

Terapeuta: Nunca has sido responsable de tu vida. Esto es de lo que va este asunto de la homosexualidad. Hacerte cargo de tu vida. Me gustaría regresar al por qué tienes miedo de tu poder… ¿De dónde surgió eso?

Paciente: Había una pequeña canción que tocaba en el piano cuando era niño y cuando estaba enfadado iba al piano y golpeaba esa canción llamada "Heart and Soul", por lo que ellos sabían que estaba enfadado y se reían de mí. (Con ira). Se reían mucho de mí… ¡Lo que es extraño! Se reían mucho de mí.

Terapeuta: No se te tomaba en serio.

Paciente: Uh, uh… ¡Oh, no!

Terapeuta: Así que cuando tocabas esa canción querías decir que estabas enfadado. ¿Cómo se enfrentaba la familia con tu enfado?

Paciente: Se reían.

Terapeuta: Nadie decía: "¿Por qué estás enfadado? ¿Qué te pasa?"

Paciente: No.

Terapeuta: Eras ignorado por tu protesta. Así es cómo el niño pierde su poder. Es ignorado o castigado. En tu caso, la risa era un castigo.

Paciente: Pero yo siempre estaba enfadado.

Terapeuta: ¿Siempre enfadado?

Paciente: Por dentro.

Terapeuta: Háblame de eso.

Paciente: Como cuando mi madre me mandaba a comprar a la tienda -estoy hablando de cuando tenía 9 o 10 años-. Hacía la compra con una lista. Entraba en la tienda y oía al farmacéutico o al tendero decirme: "Tu madre acaba de comprar y quiere que le lleves esto o aquello a casa."

Terapeuta: ¿Y tú cómo te sentías?

Paciente: No lo sé. (Pausa larga)

Terapeuta: Venga. Ponte en el lugar de ese niño pequeño. ¿Cómo se sentía?

Paciente: No lo sé. (Pausa larga)

Terapeuta: ¿Qué habrías preferido hacer en vez de eso?

Paciente: Jugar con los demás chicos.

Terapeuta: ¿No es eso lo que todos los niños de 9 o 10 años quieren hacer? ¿Quieren los niños pequeños ir a comprar para sus madres?

Paciente: Odiaba comprar. Odio comprar hasta hoy.

Terapeuta: ¿Alguna vez intentaste expresar cómo te sentías por ir a comprarle a tu madre?

Paciente: (Enfáticamente) No lo recuerdo.

Paciente: Hubo otro incidente…Tendría yo como 7 años y mi madre solía echarse una siesta… Yo me quedaba al lado de su cama y la acariciaba. (Pausa larga) Hay una dicotomía tan grande dentro de mí. Puedo ser un hombre fuerte pero hay una parte de mí que es tan… débil. ¿Por qué demonios quería hacer eso cuando era niño? Eso tenía que ser lo más estúpido. En un día brillante de sol –dentro, acariciando a mi madre, ¡en vez de estar fuera jugando con los niños!

Terapeuta: ¿Comprendes por qué hacías esas cosas? Si no entiendes el por qué, pensarás entonces que eras sólo un niño pequeño estúpido, lo que no va a darte muchas fuerzas. Esto es un gran error de los hombres gays. Piensan que es lo que ellos eligieron cuando eran niños pequeños.

Paciente: Necesitaba llamar la atención.

Terapeuta: No es sólo un asunto de llamar la atención- estabas desempeñando una identidad: "Esto es lo que tú eres, hijo. Este es tu papel en esta familia. Esto es lo que tú eres, niño." Es identidad.

Paciente: Creo que mis hermanos contribuyeron a esto.

Terapeuta: Dime cómo.

Paciente: Se reían. Todos ellos lo reforzaban. Era una cosa de la familia entera. Mis tres hermanos mayores nunca fueron amables conmigo. Siempre fui consciente de eso. Siempre quise un hermano menor con el que pudiera ser su hermano mayor. Tenía una idea de un hermano menor con el que solía jugar.

Terapeuta: Una fantasía reparadora. (El terapeuta toma la oportunidad de hacer un comentario sobre una conexión teórica.)

Paciente: Podía ser un niño con él, un chico con él, escalando árboles. En algún lugar donde todos contribuían.

Terapeuta: A menos que entiendas el por qué hacías esas conductas, puedes creerlo todo demasiado fácil: "Oh, eso es sólo lo que soy." Pero la ira reprimida te dice otra cosa. Los chicos pre-homosexuales son muchas veces tan buenos chicos que niegan que estén siendo utilizados. Si quieres progresar en tu vida necesitas comprender cómo fuiste excluido de tu poder, de tu género. Si no, vas a creer que eso es simplemente lo que eres y desplazarás tu ira hacia otro lugar.

Paciente: Pero mientras estás hablando, siento el temor.

Terapeuta: Sí, siempre ese temor de pedir tu poder. ¿A qué tienes miedo?

Paciente: ¿A qué tengo miedo? El miedo que tengo…Te lo diré con exactitud. En la última semana he conocido a más mujeres. El miedo que tengo es, ¿es la mujer una mujer real, una mujer sexual, una mujer que de verdad disfruta del sexo? Eso me asusta.

Terapeuta: ¿Cuáles son las cualidades en las que no te sientes a la altura de lo que podría esperar de ti? (El terapeuta intenta aislar la fuente de su miedo).

Paciente: Bien… es como que me siento atraído por otros hombres.

Terapeuta: Estás cerrando una puerta pero todavía no has abierto la otra. Irónicamente, esto es un signo de progreso. Has tenido sentimientos fuertes y positivos sobre nuestro trabajo, juntos. Tanto que una parte de ti tiene miedo de cambiar demasiado rápido. Existe un sentimiento aquí de estar fuera de control y quieres regresar a lo que te es familiar. Te has sentido animado por nuestro trabajo, quizá demasiado animado.

Paciente: Me sentí como un idiota. Actuando como lo hice, la semana pasada. (El paciente conoció a un extraño en un baño y tuvieron relaciones sexuales)

Terapeuta: Puede que necesites sentirte como un idiota una vez más. Te estás des-identificando con la conducta homosexual e identificando cada vez más con la tarea de perderla.

Paciente: Sí. No estaba interesado para nada en ese hombre que conocí allí. De hecho él dijo: "Te llamaré." Sabes, lo sentí como una amenaza, como chantaje. Normalmente me daría miedo pero esta vez sentí que no me importaba. Porque sé que la persona que va a los baños no soy realmente yo.

(Tres Semanas Después)

(Esta sesión atrae nuestra atención sobre cómo la madre contribuye al papel del falso "niño bueno". La sexualidad y la agresión caracterizan la identidad masculina y la madre ha evitado sistemáticamente reconocer estos rasgos. Usualmente es la madre la que ha fomentado este rol falso, porque el padre es generalmente una influencia insignificante en la vida del niño.)

Paciente: Puedo recordar ir a ese paseo con mi madre y ahora tengo 30, 31, oyendo a mi madre decirme: "Harry, puedes hacerlo. Puedes hacerlo, Harry. Cualquier cosa que decidas hacer, puedes hacerlo." Pero nunca sentí que hubiese escuchado lo que le había estado diciendo.

Terapeuta: Así que paseabas con tu madre a los 30 y tu madre decía: "Puedes hacerlo, Harry, puedes hacerlo, Harry." Y ¿sientes como que nunca comprendió tus sentimientos?

Paciente: Así es.

Terapeuta: ¿Como si sólo dijese una especie de cliché?

Paciente: Y dice: "Tienes una vida maravillosa." Y no dejaba de hablar. Mi madre era así, ella me lo diría.

Terapeuta: Ve a por ello, persíguelo.

Paciente: Perseguirlo, a diferencia de mi padre… Y esto me retrotrae, Joe, a cuando era un mocoso. Sabes, puedo ver eso durante toda mi vida, siempre cuidé de mi madre. Siempre cuidé de todo lo relacionado con las emociones de mi madre. Cuando

era un niño, mi madre tenía una gran devoción a Nuestra Señora de Guadalupe y todos los domingos me llevaba con ella a la misión para ofrecerle nuestras devociones a la imagen. Yo era el único que iba. ¿Entiendes lo que te estoy diciendo de mi madre?

Terapeuta: Sí y creo que deberías hablar con tu madre… Hablar con ella directamente como si estuviera aquí con nosotros en esta habitación.

Paciente: Tengo miedo de enfrentarme a ello pero si no lo hago, sé que no voy a llegar a la base de esto. Mamá jugó una parte enorme en todo esto pero no estoy seguro de cuánto.

Recuerda, Joe, que no comencé la terapia hasta que ella murió. Creía que era casualidad pero ahora creo que no podrían haberme hecho cargo de los preparativos del funeral si hubiera comenzado la terapia. Había muchos sentimientos de ira hacia mi madre que no quería encarar hasta después de su muerte. Hice un trabajo bonito con los arreglos de su funeral, flores y todo. Todo estuvo bien hecho, de muy buen gusto. No quiero ser "temerario", sólo quedarme en mi cabeza mientras hablo contigo… pero me temo que si hacemos algo así podría enfrentarme a algunos sentimientos sobre mi madre que no quiero mirar. (Pausa larga). Y, sin embargo, me vas a hacer que siga, ¿no?

Terapeuta: Como decimos, es tu tiempo, tu dinero, tu vida.

Paciente: (Pausa larga) Bien, no creo que vaya a lograr nada sólo hablándote, Joe, si voy sólo a mantener en mi cabeza… así que supongo que debería intentar hablar con mi madre.

Terapeuta: Pongamos a tu madre aquí en esta habitación. Imagina su derecha aquí. Por allí. Está sentada en el sofá. (El terapeuta apoya cojines para simular a "Mamá" y se sienta detrás del paciente. El paciente intenta empezar.)

Paciente: Bien… Mamá, quiero hablar contigo sobre algo muy importante. Básicamente, quiero hablarte sobre un problema sexual. (Pausa larga)

Terapeuta: ¿Qué está pasando?

Paciente: (Al terapeuta) A duras penas digo una palabra cuando ella me está respondiendo. Está pasando un momento difícil con la palabra "sexo". Sabes, Joe, ella nunca decía la palabra "sexo". Está teniendo un momento difícil. La forma en que ella elige sus palabras. Quiero decirle que es un problema de homosexualidad.

Terapeuta: Bien, háblale de ello. Mírala a la cara y díselo. (Muchos pacientes afirman venir de hogares puritanos, reprimidos de modo particular, donde nunca se hablaba de sexo. Las madres eran generalmente instrumentales al establecer el tono de que el sexo era sucio o pecaminoso.)

Paciente: (Pausa larga)

Terapeuta: ¿Te corta? ¿Cómo te detiene?

Paciente: Ni siquiera podía hablar con mi papá. Ella siempre anulaba a Papá. "Oh, no molestes a Papá, está muy ocupado o muy cansado. Papá tuvo un día duro en la oficina" Así que nunca existió el diálogo con Papá. Siempre estaba de mal humor.

Terapeuta: ¿Cómo te controlaba?

Paciente: Las lágrimas, por ejemplo. Se está haciendo doloroso revivir todo esto. Con sólo hablar de ello siento ya mucho dolor y mucha tristeza. Era todo lo que sabían. No se proponían hacérmelo, lo que hicieron deliberadamente. (Pausa) No quiero ser acusador, Mamá… pero… es difícil hablar de la homosexualidad, incluso pronunciar la palabra pero quiero decirte que justo ahora estoy en la terapia de mi homosexualidad. (Pausa)

Terapeuta: ¿Está diciéndote algo?

Paciente: No. No sé si me oye. No creo que tampoco le importe.

Terapeuta: ¿Oh? Díselo. Díselo.

Paciente: (Pausa larga –el paciente parece atascado)

Terapeuta: Harry, ¿qué quieres decirle a tu madre? ¿Qué quieres que tu madre sepa de ti? Díselo.

Paciente: Bien, Mamá, quiero que sepas… (Pausa). Es duro para mí decírtelo exactamente e incluso si lo hiciera, no haría bien.

Terapeuta: ¿Qué está Mamá sintiendo ahora? ¿Qué está sintiendo?

Paciente: Dice: "¿Por qué no rezamos por ello?" Mamá, ahora no es eso lo que quiero hacer. He rezado mucho pero realmente no me ha ayudado nada. (Pausa). Dice: "Todo está bien." Pero la realidad del asunto es que no está bien.

Terapeuta: No puedo ver a tu madre de la misma forma que tú, por lo que vas a tener que decirme lo que está diciendo. ¿Cuál es su expresión? No puedo verla.

Paciente: Está sentada allí muy arreglada y de forma muy adecuada, vestida como siempre con sus joyas, sin tener el pelo fuera de lugar, perfecta. Está sentada allí, de forma muy pasiva, como si esto fuera a pasar, como: Deja que hable Harold, deja que Harold salga de su sistema. Esto pasará y seguiremos de forma normal. (más alto) ¡Mamá, pon atención a lo que te estoy diciendo! ¡Escúchame! No creas que esto simplemente va a pasar… (Pausa larga). Está inmóvil sentada allí… No consigo reacción ninguna. (Alto, con dolor) ¡Ah!

Terapeuta: Dile lo que te gustaría que hiciese. Dale una pista.

Paciente: Estoy encontrando tan difícil poder hablar contigo. Pensé que todos estos años teníamos una gran comunicación. Tuvimos grandes conversaciones, juntos. Pensaba… (Suavemente)… sí. Dios. ¡Vaya juego de mierda que teníamos! (Alto, con ira). ¿Sabes cómo me siento haciendo esto ahora? Voy a ser totalmente honesto. No me creo esto (con lágrimas). No puedo creerlo. (Llorando tranquilamente, mete la cabeza entre las manos, pausa larga)

Terapeuta: (Suavemente) Harry, sigue expresando eso que sientes. ¿Qué sucede?

Paciente: Supongo que es porque… sí, supongo porque quiero que sepa que tengo ¡una polla que jode! ¡Que soy un ser humano sexual! (Pausa) ¡Esta es la primera vez que he tenido un pensamiento sexual en su presencia! (risa) ¡Y uno fuerte!

Terapeuta: ¿Ves cómo tu impulso de masturbación es una afirmación?

Paciente: Sí. Realmente siento eso. Ella es tan castradora, quiero moverme a revolcones delante de ella. Realmente lo siento en mi cuerpo. (Pausa larga)

Terapeuta: ¿Crees que si hicieras eso, le afectaría? ¿La impresionaría?

Paciente: No, realmente no. Sólo siento pena por su estado de ahora. Me da pena… Veo lo protector que he sido con ella durante todos estos años. (a Madre) Incluso he creado fantasías sobre ti, sobre el modo de ponerte en un pedestal. Tú siempre serás la Virgen María. ¡Vaya forma de vivir! (Porque el paciente está comenzando a experimentar sentimientos auténticos ahora, está empezando a percibir a su madre de modo más realista.)

Cuidé de ella en sus años finales (dirigiéndose a su madre) Todavía estando en la clínica, ya nos controlabas a todos nosotros niños, especialmente a mí. Soy el único que cuidó de ti. Tu imagen en la clínica…. Perdió el control de su cuerpo. (Con miedo) No tuvo una muerte fácil en absoluto. Murió de la misma forma en que vivió, con resistencia y dureza. Se mantuvo firme durante bastante tiempo. Cuando estaba a punto de morir no se rindió. Se mantuvo jadeando y jadeando hasta llegar al último suspiro. Mamá murió de la forma en que vivió. ¡Rechazó rendirse ante la muerte!

Estoy intentando darle algún sentido a todo esto ahora… No me hablará. Podría coger un jodido dardo y lanzárselo y no conseguiría reacción ninguna.

Terapeuta: Esa es exactamente la dinámica entre tú y tu madre.

Paciente: Quiero que me vea, mi poder, mi masculinidad y rechaza verlo, reconocer esa parte de mí. Ese rechazo tenaz y testarudo. Estoy intentando comprender cómo comunicarme con ella. Ella sabía todas mis necesidades, era una buena madre, me daba dinero –financieramente era buena pero su Harry no era una persona al completo.

Terapeuta: ¿No totalmente masculino?

Paciente: Soy un hombre, Mamá. Eso es lo que siento. Soy un hombre con todo lo que ello implica. No soy tu niño pequeño, Mamá, lo que he sido y continúo siendo. (Pausa, continúa llorando) Tengo un deseo tan fuerte de hacerle saber… que soy sexual, que tengo un pene, que es bueno, poderoso, pero es bueno. (Pausa larga) Dios, necesito que mi familia me entienda.

Terapeuta: La comprensión tiene que empezar por ti mismo. Luego podrás dejar que la tengan los demás.

Paciente: Sí. Pero antes de llegar a la pubertad ellos tuvieron una responsabilidad.

Terapeuta: Absolutamente.

Paciente: Yo asumiré la culpa de lo que está pasando ahora pero (llorando) ellos tienen que asumir la culpa porque yo no creé la situación. Yo la continué pero ellos la crearon.

Terapeuta: Absolutamente. Ellos no te equiparon bien. Correcto.

Paciente: Siento ira por todos los años que he pasado pensando que las cosas eran diferentes, que ella me entendía. Realmente, ella nunca me conoció, mis necesidades, que realmente yo era un hombre.

Terapeuta: El darte cuenta de que verdaderamente no te entendía hace que te sientas triste. Pensabas que era diferente y esa creencia era apoyada por el falso yo. Existe una queja por haber vivido con esa creencia. Una queja sobre el falso yo, una queja sobre la ilusión de que tu madre te veía completamente.

Paciente: Y siento eso.

Terapeuta: Esa creencia te permitía unirte a la familia.

Paciente: La relación que nunca existió. Era mi ilusión. Pero necesito seguir. Era mi madre y la quería por lo que era. Ella me dio la vida y tantas otras cosas por las que quiero ser agradecido. Ha habido tanto control en mi vida. Ahora por todo mi cuerpo siento tanta vibración de ella. Supongo que he tenido más ilusiones sobre mi madre que sobre mi padre.

Terapeuta: ¡Sí, claro! No había ilusión sobre tu padre. Tú lo rechazaste. Él no existía, no era persona. El falso yo surge de la relación madre-hijo. Sus proyecciones sobre ti. El problema con tu padre es que no existía.

Paciente: Amaba a mi madre pero esa mujer no era real. Todo era una ilusión. Estaba tan bien orquestada. Nunca vi a mi madre enfadada.

Terapeuta: Ese era su falso papel.

Paciente: Sí, cierto. No recuerdo que mi madre me abrazara alguna vez ni cuando era niño ni cuando adulto. Estoy intentando figurarme quién era mi madre realmente. (Se ríe)

Terapeuta: Tu búsqueda de la mujer real.

Paciente: No habría podido arreglármelas con la organización del funeral.

Terapeuta: Hay ciertas cosas que necesitan ser llevadas a cabo muy bien.

Paciente: Realmente la visualizo sentada ahí. Está tan dominada en su propio papel. Estoy sorprendido de haber dicho lo que le dije pero era lo que necesitaba decirle. Me siento bien por ello. Es sexual… pero más poderoso.

Terapeuta: Para un niño pequeño el pene lo separa de su madre. Si no tiene pene, se une a la madre, como la niña que es. Tu fantasía de masturbación es un intento de individualizarte de ella. Es lo que te hace independiente y autónomo de ella. Como adulto, te acercas a las mujeres íntimamente pero con un pene.

Es el pene el que previene al hombre de volver a ser tragado por la mujer. Ser diferente de la mujer es una dimensión del problema pero la otra, el aspecto más profundo es el falso yo, no ser auténtico en la relación con los demás.

LA EXPRESIÓN DE LA IRA

Muchos homosexuales han crecido como “buenos chicos”, viviendo de un falso y acomodaticio yo. Los padres cultivan este falso yo en sus hijos saboteando sus intentos de individualización y de poder masculino. Para que el falso y acomodaticio yo sobreviva, el chico debe reprimir su ira. La ira sería incompatible ya que serviría como progreso para el verdadero yo masculino. Como consecuencia, muchos adultos homosexuales tienen gran dificultad para permitirse a sí mismos sentir, expresar de forma constructiva e incluso de recibir ira. O la reprimen o estallan en una explosión como reacción. Cualquier forma de ira es improductiva y contraproducente.

Para expresarse de forma constructiva, la ira necesita no ser explosiva, ultrajante o destructiva. No se debe utilizar para la manipulación o control de los demás sino para resolver la necesidad sentida fuertemente de auto-expresión.

Muchos pacientes recuerdan intentos en el pasado en los que intentaban expresar su ira. La ira se expresa abiertamente en dos fases: la infancia y adolescencia. Ambas son fases de separación-individuación. Por alguna razón, la ira se rinde en la adolescencia a favor de la rebelión sexual.

CASO 1

(Matt, un hombre de 32 años, siente intensamente que ha estado viviendo un falso rol durante muchos años. Fue manipulado para convertirse en el "buen chico" dócil, pasivo, acomodaticio, no agresivo y no masculino. Tenía una relación pobre con sus padres y se sentía controlado particularmente por su padre. Para volver a ganar su potencia personal que perdió por la manipulación de sus padres, está intentando quitarse el rol falso que se le asignó. Aquí se ve la intensa ambivalencia y el miedo a su propia ira)

Paciente: Las últimas dos semanas he sentido como que he estado en un punto de ruptura. Se siente como si hubiese una ira intensa justo bajo la superficie, de ira o gritos. En el momento en que veo exactamente lo que necesito hacer para permitirle que salga, dejo pasar la oportunidad. Me cierro y no me permito expresarlo. Nunca he tenido esas grandes explosiones emocionales pero en algunos casos me habría hecho bien.

Terapeuta: ¿Así que sentías que surgían la ira o la tristeza y la evitabas?

Paciente: Sí. Pero no la evitaba, la reprimía.

Terapeuta: La reprimías.

Paciente: Sí, era una opción. Solía ser automático –ahora lo refuerzo con una elección.

Terapeuta: Fue automático durante años.

Paciente: Me sentía tan mal conmigo mismo. Lo he hecho durante tanto tiempo. Pudo haber sido lo que necesitaba –un cambio radical a la forma de tratar las cosas.

Terapeuta: Te das cuenta de que un progreso hacia la ira te colocará en un lugar diferente, un nivel diferente de sentimientos sobre ti mismo.

Paciente: Sí, lo sé.

Terapeuta: Pero no se te enseñó cómo expresar la ira. (Aquí el terapeuta quizás habría ayudado más quedándose en la lucha presente del paciente. En vez de eso, regresa al pasado.)

Terapeuta: Vamos a considerar el desarrollo de este problema de la ira. Tú no naciste sabiendo cómo reprimir tu ira. Fuiste enseñado por tu padre. Has interiorizado la falta de aceptación de tu ira por parte de tu familia y durante años la has suprimido automáticamente. Ahora has llegado a cierto lugar en tu propia terapia y te das cuenta de que necesitas sacarla afuera. Entra en contacto con ella.

Paciente: Miro el patrón de mi vida de los últimos años y la veo emerger, y luego la reprimo. Ahora veo que la ira emerge con más frecuencia. Es como una montaña rusa. La ira crece y luego baja a la represión. En vez de permitir enfadarme, digo: "Iré a echarme una siesta," y luego estoy allí tumbado pensando: "Esto es ridículo, tengo

algo más que hacer que sólo dormir". Supongo que siempre he sabido lo que necesito hacer con esa ira. Ahora, al menos, me siento más cómodo hablando de ello.

Terapeuta: ¿Ves que es un progreso? (El terapeuta está intentando mostrar algunos progresos en el ánimo pero el paciente se enfada consigo mismo negando que esté mejorando.)

Paciente: (Con dudas) Sí. Pero todavía estoy hablando de permitirle que salga pero no lo hago.

Terapeuta: ¿Hay algún sentimiento relacionado con expresarlo?

Paciente: Hay un sentimiento real de… (pausa larga)… un sentimiento real de frustración.

Terapeuta: ¿Te das cuenta de que cuando viene la ira, la diriges hacia ti mismo, como diciendo: "No está emergiendo lo bastante rápido o lo bastante bien"?

Paciente: Hablar de ello no me hace bien.

Terapeuta: Porque no sientes las palabras. Estás hablando sobre la ira más que desde la ira.

Paciente: Lo sé. Durante años he hecho esto. Pensé que hablar de ello me produciría el cambio.

Terapeuta: Deberías hablar sólo de tu situación difícil de no poder expresar la ira. Esa es tu frustración.

Paciente: Sí. Y no puedo expresarla. De hecho, ahora me está golpeando muy fuerte.

Terapeuta: ¿Qué te está golpeando?

Paciente: Realmente estoy sintiendo el miedo por primera vez…incluso en mi voz ahora. (Evidentemente muy emocional).

Terapeuta: No huyas. Quédate con el miedo.

Paciente: Es duro –porque automáticamente huyo. (Muy suavemente) Por primera vez, realmente estoy sintiendo, mientras estás hablando…no, ya se ha ido.

Terapeuta: ¿Quieres regresar a él?

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¿De verdad quieres?

Paciente: Sí… lo estoy intentando. (Pausa larga).

Terapeuta: Quédate.

Paciente: (Pausa larga) Ves, no puedo hacerlo. Todo lo que puedo hacer es describirlo. Tengo miedo de sentir el dolor, la tristeza de ese niño pequeño que fue herido.

Terapeuta: Has estado actuando desde esa herida. Has vivido como si hubieses estado herido durante mucho tiempo.

Paciente: Ahora quiero mirarla. (Muy suavemente). Porque duele. Siento una intensa tristeza. (Risa nerviosa). Tengo miedo porque nunca he sentido esto emocional. Nunca he sentido esta charla emocional sobre nada de mi vida.

Terapeuta: Puedo ver lo que sientes. Puedo sentir lo que sientes.

Paciente: Y…esto es muy duro. (Suave y tristemente). Miro atrás y muchos momentos infelices vienen a mi mente. Ahora no siento tanto ira como una tristeza abrumadora. También me veo a mí mismo cerrándome. No quiero ir más allá.

Terapeuta: ¿Puedes sentir la honestidad? Descubrir tu tristeza es potenciarte. La potencia vendrá del hecho de que esta es una parte de ti que está presentándose.

(La imagen perfeccionista del paciente le hace tener miedo de mostrar la vulnerabilidad de sus verdaderas emociones, especialmente delante de otro hombre. Cree que estos sentimientos verdaderos indican debilidad.)

Paciente: Conscientemente quiero progresar de verdad pero no puedo hacerlo más de un par de segundos. La opción deliberada de cerrarlo es un hábito.

(En este punto el terapeuta comienza a sospechar que este paciente no tendrá un avance catártico sino que probablemente se libere por medio de un ciclo alternante.)

Terapeuta: Mira, Matt, para ti esto vendrá lentamente. No una enorme explosión dramática. Te veo yendo a los sentimientos y luego regresas. Sólo pon atención a las veces en el día en que detienes los sentimientos profundos. Lo has hecho inconscientemente durante mucho tiempo.

Paciente: Me gustaría que todo se acabase y se hiciese de un solo golpe y que eso me enfade más que nada.

Terapeuta: ¿Ves lo crítico que eres con tu propio estilo? Así no es como trabaja Matt. Una gran explosión no es el estilo de Matt.

Paciente: Tiene que hacerse porque no puedo seguir así más tiempo. No puedo seguir jugando.

Terapeuta: Jugar ya no es una opción. Es un asunto de tiempo hasta que rompas.

Paciente: Tengo este sentimiento de revulsión hacia este "hombre agradable." Si así es como voy a ser durante el resto de mi vida –estos periodos de reprimir una rabieta, luego depresión- quiero decir que veo a todas esas viejas reinas que son maniaco-depresivas y no quiero ser así.

Terapeuta: Puedes volver. Sabes demasiado.

Paciente: Sí, pero… algo pasa y es muy incómodo. Me siento muy tonto. (Comienza a reírse tontamente y parece casi histérico).

Terapeuta: ¿Qué es tonto?

Paciente: Esto es realmente embarazoso para mí.

Terapeuta: ¿Qué es tonto y embarazoso?

Paciente: (Pausa larga, risa) Esto es embarazoso. (Todavía riendo tontamente).

Terapeuta: Esta tristeza e ira te hacen sentir muy vulnerable. Sabes, has estado más en contacto con tus sentimientos en las pocas últimas semanas. Pero ahora, tu defensa es dar un paso afuera y preocuparte de tu apariencia, como un actor, más que quedarte con la emoción interior. Cada vez que entras en el sentimiento en sí, huyes y vuelves al yo que observa.

Paciente: Estoy sintiendo la brecha entre ellos. Esa es la frustración. Incluso ahora que estoy hablando.

Terapeuta: Te aproximas a tus sentimientos y luego huyes. Te acercas al verdadero yo y luego huyes. Pudiste sobrevivir en tu casa abandonando tu yo verdadero, afirmativo y masculino por un yo acomodaticio. De alguna manera sentías que eras utilizado pero no sabías de qué forma. Esta es la diferencia. La diferencia entre hablar de ello y realmente permitirte sentirlo. Ser auténtico o estar interpretando un papel y observándote a ti mismo.

Paciente: Estoy viendo exactamente lo que estoy haciendo.

Terapeuta: Te sentiste intimidado y eso te empujó a ser falso. Ahora te encuentras dirigido externamente- hay una autoconciencia, un sentido teatral.

Paciente: Por eso le tengo miedo, porque sé que no soy realmente yo. Es otra persona y eso es lo que me asusta.

CASO 2

(Este gentil hombre de acento suave de 27 años de edad es un dibujante de una empresa de tarjetas de felicitaciones. Procede de una familia moralmente rígida en la que el padre era distante y reservado y la madre manipuladora y controladora. Cuando niño, era muy pasivo y acomodaticio. Luego se convirtió en un adolescente rebelde que consumía y vendía drogas en el campus de su instituto. Cuando entró en la terapia, sin embargo, se vio atrapado otra vez en el papel del "chico bueno", incapaz de sentir ira.)

Terapeuta: En tu adolescencia, sentías mucha ira, sin embargo hoy tienes mucha dificultad para entrar en contacto con ella. ¿Qué pasó?

Paciente: Puedo recordar un punto en el que llegué a tenerle tanto miedo que hice un pequeño pacto personal por el que nunca permitiría que volviese a emerger.

Terapeuta: ¿Por qué?

Paciente: Puede ser porque tenía miedo del daño que podía hacer.

Terapeuta: ¿Qué daño?

Paciente: Veía que a mi madre le hacía daño. Me traía sin cuidado si hacía daño a mi padre. Siempre me hizo sentir un fracaso de cualquier manera. (Pausa larga) Cuando me acercaba a él muy emocionado con proyectos de la escuela, siempre me mostraba que no iban a funcionar. Me mostraba el lado negativo –que mis ideas eran estúpidas. Pero vi que estaba haciéndole daño a mi madre… Y quizá vi que me hacía daño a mí porque vi que me aislaba del resto de la familia.

Terapeuta: Ajá

Paciente: A largo plazo esto mantenía la paz y la armonía en la superficie pero ahora ya no estoy cómodo con mi familia después de todo.

Terapeuta: Dos veces abandonaste la protesta. La primera vez fue cuando te acercaste a tu padre de forma entusiasta, emocionada e inocente. Esperabas la aceptación de tu padre. De alguna forma, lo que sentías era: "Es un gran chico. Es como yo. Lo quiero." Tu padre te rechazó, te hizo daño, pero antes de que abandonaras a tu padre por completo hubo un escenario intermedio de protesta. Como los demás niños de 2 años, protestaste ante la frustración, hiciste un numerito, demandaste su atención. Te sentías frustrado y querías gratificación.

En una familia normal, los padres responden a la protesta. "¿Qué va mal? ¿Por qué está llamando la atención? ¡Oh, quiere la atención de Papá!" Hay una oportunidad de reparar el error. "¡Quiere que Papá juegue con él, por supuesto!" Así que el padre despierta en respuesta a la protesta del chico. Pero en el sistema de la familia disfuncional ignoran la protesta del niño. Puede ser porque no quieren que sea un mocoso mimado. Quieren que se dé cuenta de que no puede conseguir la atención de esa manera. O quizá que debería quedarse donde creen que un chico pertenece, cercano a su madre. Puede que la madre lo quiera con él. Papá está demasiado ocupado trabajando, de todas formas.

En un sistema familiar disfuncional, los padres responderán a la protesta de una de tres formas: ignorar la protesta, castigarlo por ella o distraerle con alguna atención.

Paciente: ¿Y entonces qué?

Terapeuta: Ponen una tapa encima de la frustración sin gratificarla realmente. El niño pide la atención de papá por lo que la madre lo calma dándole un plato de helado con una galleta. No creo que esto sea lo que sucedió en tu caso. Tú no fuiste complacido, fuiste castigado.

(Algunos padres de pacientes son ausentes y no están comprometidos emocionalmente mientras que otros son más hostiles de forma manifiesta. De una u otra manera, al niño se le priva de un modelo de apoyo de la potencia masculina. La única forma de que el sistema familiar sobreviva es por medio de la autoderrota, de la conducta no productiva.)

Terapeuta: ¿Puedes imaginar lo que pasa cuando el niño protesta y nadie le presta atención?

Terapeuta: Protesta con más fuerza.

Terapeuta: ¿Y si todavía no le responden?

Paciente: Bien, supongo que tendrá que dejarlo.

Terapeuta: Correcto. ¿Y cuáles son sus sentimientos cuando lo deja?

Paciente: Bueno, frustración.

Terapeuta: La frustración interiorizada que no se puede expresar se convierte en depresión –ira llevada hacia dentro- e impotencia. El niño aprende: "No merece la pena mostrar mi capacidad." Todo homosexual de este tipo de línea de desarrollo se siente débil y herido. Ahí está la herida, el niño pequeño débil dentro de cada uno.

Paciente: Puedo oír a mis padres diciendo: "Eres un bebé grande." Cuando pienso en mí mismo enfadándome pienso en una niña pequeña sollozando con sus hombros levantados. Cualquier tipo de expresión de mi ira me hace sentir así, justo una actuación dramática.

Terapeuta: Pero esa no es la ira de un hombre. Esa imagen de la niña pequeña es triste, patética.

Paciente: Pero yo no lo veo de esa manera. A mí me decían que enfadándome sólo me hacía un bebé.

Terapeuta: Tus padres nunca respetaron tu ira.

Paciente: Ahora parece que estoy siempre luchando dentro con ira. (Pausa larga). Te diré lo que me hace enfadar. Todavía me enfado por el sexo. Me enfada que nadie me hablase de sexo. De hecho, pensaba venir aquí esta noche y decirte: "¿Me harías un favor? ¿Podrías hablarme de sexo?" Y cerraría los ojos, me tumbaría en el sofá y me hablarías de sexo.

Terapeuta: Bien, pregúntame. Te diré.

Paciente: (Tono exigente) Sólo quiero que me hables de sexo. Es eso. Quiero saber de dónde vienen los niños y todo eso. Y ¿qué es esta roca que me crece en los pantalones? Sólo quiero saber.

Terapeuta: Hazme preguntas y te responderé.

Paciente: Ya lo he hecho y no me has respondido.

(El terapeuta no está seguro de qué va todo esto pero más que cuestionarlo, sigue con ello. De alguna forma siente que esto es una necesidad regresiva, que debería ser consentida antes que interpretada. Luego procede a explicar los hechos básicos de la vida como si hablase a un niño. El paciente cierra los ojos y escucha.)

Paciente: (Muy tranquilamente, tristemente) Sólo quiero llorar.

Terapeuta: ¿Por qué?

Paciente: No lo sé. Sólo parece que me siento herido y enfadado.

Terapeuta: Estás enfadado por lo que no se te dijo.

Paciente: (Muy suavemente) Sí.

Terapeuta: La ira es esencial para esta terapia. La ira es el nexo con el verdadero yo.

Paciente: Por eso quiero aprender a expresar mi ira. Me doy cuenta de que estoy muy enfadado porque nunca se me habló de sexo. Sólo de escuchar lo que me dijiste hace un momento, tenía alrededor de más de diez preguntas. ¿Por qué nadie me dio nunca la información?

Terapeuta: Tu ira no se debe a la falta de información sino a que se te negó algo tuyo. Tu identidad esencial como persona sexuada fue ignorada. Por eso surge la ira. Te trataron como un ser humano asexuado. Te educaron como un ser neutro. Crearon un vacío en tu identidad.

Paciente: (Suavemente) Esa es toda la historia.

Terapeuta: Muchos padres nunca hablan de sexo con sus hijos. Pero la masculinidad implícita dada a un chico le provee para aprender asuntos sexuales posteriormente. Tus padres no te prepararon para saber de sexo.

Paciente: Realmente lo estoy pasando mal… preguntándome a mí mismo ¿soy realmente un hombre o soy una chica? He dicho tantas veces que soy un ser sin sexo. La gente pregunta: "Bien, ¿eres heterosexual u homosexual?" Y yo pienso que no tengo sexo, que soy asexuado, a lo mejor bisexual.

Terapeuta: Muchos homosexuales dirán que son bisexuales porque no saben lo que son.

Paciente: Yo tengo sentimientos sexuales pero no sé que hacer con ellos, cómo dirigirlos.

Terapeuta: No sabes cómo integrar tus sentimientos sexuales en tu identidad.

Paciente: Y realmente me hace enfadar. Siento como que he sido estafado.

Terapeuta: ¡Está bien entrar en esa ira!

Paciente: Sí pero es duro. Cada vez que me enfadaba en casa, era "una conducta totalmente inapropiada."

Terapeuta: Absolutamente. El sexo y la potencia –esos son los dos grandes aspectos de tu identidad que te arrancaron. Muchos hombres como tú han tenido esa experiencia.

Paciente: (Ríe) Odio cuando dices eso. Siempre pensé que era único.

Terapeuta: Lo siento. Pero es un aspecto común –es una expresión de potencia masculina.

Paciente: Dinero. Me daban dinero.

Terapeuta: Ok. ¿Y cómo formaba el dinero tu identificación?

Paciente: (lenta y suavemente) Era una paga.

Terapeuta: Tienes razón. Era una paga. Y eso te daba un sentimiento de tener derecho –que tampoco te ayudaba.

Paciente: Lo sé.

Terapeuta: La ira es un nexo con tu identidad verdadera.

Paciente: Bien, ese nexo -está preparándose- para estallar.

Terapeuta: Bien, no dejes que se vaya. Mantenlo, atráelo hacia ti.

Paciente: Estoy tan cansado de todo ello. Quiero que se vaya. Me gustaría conseguir botellas de bebidas alcohólicas y estrellarlas por la habitación. Quiero ponerme violento. Quiero –pero no, eso no es "apropiado". Oh, ya no me importa, quiero salir de esto, ¡quiero dejar toda esta lucha!

Terapeuta: (suavemente) No.

Paciente: Quiero marcharme. Quiero huir.

Terapeuta: No. No.

Paciente: No quiero que salga mi ira. Es costoso.

Terapeuta: No. Es liberación. Lo costoso es reprimir la ira.

Paciente: Lo sé. Esa es la razón por la que estoy siempre exhausto.

Terapeuta: Porque no sabes cómo confiar en la ira. Es una potencia que se te arrebató hace mucho tiempo. Lo que te detiene ahora es tu propia auto-consciencia.

Paciente: Me he esforzado tanto por ser una buena persona. Y… tengo miedo. Sí, tengo miedo, ¡tengo miedo! Tengo miedo de que la gente vaya a coger la idea errónea y diga: "¡Este chico está realmente fuera de sus casillas!" Realmente tengo miedo de algo así. Tengo miedo de que la gente piense que no soy bueno. Y yo soy bueno.

Terapeuta: Eres bueno. Realmente eres bueno. Ahora, no pasa nada por enfadarse. (pausa larga) Estás bloqueado entre tu ira y el miedo que tienes a tu ira. Se te enseñó a tenerle miedo a tu ira, no a creer en tu ira.

Paciente: Lo sé.

Terapeuta: El mensaje era: "Tu ira no tiene que ver con nada. No es nada. No significa nada."

Paciente: Tienes razón. Tienes toda la razón. Se reían de mí cuando me enfadaba. Eso es lo que hacían. Se reían. Hasta había veces en que yo también me reía. Incluso hoy, cuando me enfado, empiezo a reírme y es enfermizo.

Terapeuta: Te manipularon haciéndote retirar la protesta y haciendo que te convirtieras en el chico bueno, agradable y acomodaticio que querían que fueses. Tú aceptaste.

Paciente: Sí.

Terapeuta: No se te enseñó cómo reclamar, cómo gestionar la ira. La ira tiene una potencia que no es sólo destructiva. Puede ser constructiva… expresiva…protectora. Pero a ti se te enseñó a des-identificarte de ella, a librarte de ella, a negarla. Tu papel era el de ser el niño bueno de la casa. Pero atravesaste una fase de rebeldía en la adolescencia. Te metiste en las drogas y en el mundo punk. Luego.

Paciente: (Interrumpiendo) Lo dejé.

Terapeuta: Lo dejaste.

Paciente: Era tan agotador conseguir la atención de mis padres. (Larga pausa, emocional) A menudo le decía a mi padre que lo odiaba… Muchas veces cuando fuera que me atrevía a decirle exactamente lo que pensaba. Se preparaba para lavar mi boca con jabón. Me decía: "¿Todavía me odias?" "Sí." "No se debe odiar a la gente, sabes. ¿Todavía me odias?" "Sí." Me arrastraba al baño y buscaba el jabón. "¿Todavía me odias?" Luego cogía el jabón y me lavaba la boca. Ponía el jabón en mi boca hasta que mi madre, llorando, lo paraba. La ira no me llevaba a ningún sitio. La dejé.

PADRES

CASO 1

(Este paciente está casado y tiene cuatro hijos. Vino a la terapia como consecuencia de ser arrestado por buscar sexo en un baño público.)

Paciente: Dejé nuestra sesión la semana pasada pensando sobre la forma emocional en que intento disfrazar mis sentimientos, mis trastornos. Miro a mi esposa y lo que ha pasado y quiero tratar esto, no sólo encubrirlo. Como la vez que fui arrestado y mi esposa y mi padre me rescataron.

Terapeuta: ¿Qué fue eso?

Paciente: Cuando fui arrestado, doy gracias a Dios de tener una esposa comprensiva y un padre que era tan generoso conmigo. Pero a veces creo que lo provoco. Me fuerzo a un estado emocional en el que tener verdaderos sentimientos.

Terapeuta: ¿Estás diciendo que creas las crisis para poder entrar en contacto con los sentimientos?

Paciente: Sí. También… para entrar en contacto con mi padre…de alguna manera.

Terapeuta: Cuéntame más.

Paciente: … Desde que conoce mi problema –odio que conozca mi problema pero al mismo tiempo… ese es un momento en el que realmente conecto y me está ayudando con el problema. Soy el chico malo y apenado y él me perdona.

Terapeuta: Es entonces cuando está ahí para ti. Está ahí para protegerte.

Paciente: Pero luego pensé… bueno… no sería mejor conectar con mi padre en un nuevo nivel en el que no tuviera yo que ser… débil.

Terapeuta: Débil.

Paciente: "Padre, perdóname…"

Terapeuta: Exacto.

Paciente: Y esa fue mi logro en los últimos días.

Terapeuta: Es un logro muy importante porque buscas aceptación y cuidado de tu padre pero es difícil recibirla como uno igual, de hombre a hombre. En tu mente, acercarse a un hombre significa que tienes que humillarte.

Paciente: Si.

Terapeuta: Mucho de tu conducta sexual va sobre eso, ¿no?

Paciente: Es verdad.

Terapeuta: No sabes cómo acercarte a un hombre como un igual. Este es un aspecto muy importante de tu terapia. Necesitas experimentar la igualdad en un amigo varón. Necesitas sentirlo en un amigo que pueda ofrecértelo.

Paciente: Sí. Pero ¿qué he estado haciendo últimamente? Los viejos y negativos patrones de vida siguen ahí. Como por ejemplo, ¿donde ha ido la ilusión?

Terapeuta: (introduciendo un inesperado desafío en un intento de desconcertar la complacencia) ¿Te gustaría tener una sesión con tu padre?

Paciente: (Ríe)… (Pausa)… (Explosión de risa).

Terapeuta: ¿Qué sientes cuando digo eso?

Paciente: … Bien, sí, creo que sí.

Terapeuta: ¿Cuál es el sentimiento?

Paciente: Bien, es sólo que nunca antes lo había pensado.

Terapeuta: ¿Cuál es el sentimiento?

Paciente: … No lo sé.

Terapeuta: ¿Positivo o negativo?

Paciente: Es de tipo positivo.

Terapeuta: Dame una palabra mejor que positivo.

Paciente: (Pausa) ¡Estimulante!

Terapeuta: ¡Bien! Te veía quedarte boquiabierto.

Paciente: Sí. (Risa)

Terapeuta: ¿Hay un lado negativo en esta cuestión?

Paciente: Bueno, sí… bien, empiezo pensando en él aquí, hablando de hecho… (risa)

Terapeuta: ¿Y cuál es el sentimiento?

Paciente: Que él no lo conseguiría. Que él sería el que llevara la conversación.

Terapeuta: ¿Y qué te sucedería a ti si él llevara la conversación?

Paciente: … (Pausa larga)…bueno… me quedaría callado.

Terapeuta: Así que, volvamos al tema. ¿Cómo te gustaría que fuera esa sesión para que te sintieras bien?

Paciente: (Pausa larga –El paciente parece bloqueado)

Terapeuta: Venga, imagínatelo.

Paciente: Mmm… Quiero poder hablar con él sobre esto. Hablar con él de una manera como: "Mira, esto es lo que soy. Esto es lo que he estado pasando."

Terapeuta: Muy bien. Vamos a decírselo a la silla. (Señala una silla al otro lado de la habitación). Cuando le digas a tu padre lo que quieras, díselo a él en vez de a mí.

Paciente: (Pausa larga, con dudas).

Terapeuta: Míralo y díselo.

Paciente: (Suavemente) Te…quiero…y sé que tú me quieres. Sé que lo has hecho lo mejor que has podido. Sé que a veces te sientes culpable por las cosas que hago…la conducta homosexual. No sé qué fue lo que me hizo esto…esta antipatía que tengo. En el presente, lo que quiero de ti ahora es que me tomes más en serio como hombre…que escuches las cosas que te tengo que decir. Puedes no estar de

acuerdo con ellas pero al menos escucha. No pongas caras, ni muevas los ojos. (Ríe) Sólo escucha. Déjame ser tu amigo, un igual…Es eso nada más.

Terapeuta: ¿ya está?

Paciente: Eso es.

Terapeuta: ¿Hay algo más? ¿Te estás conteniendo?

Paciente: (De forma pensada) Puede ser, en cierto modo, porque no estoy llorando.

Terapeuta: ¿Sobre qué sería el llanto? ¿Que dice?

Paciente: (Pausa) La infancia fue terrible para mí. Pero no sé si lo fue por mi padre. El colegio era aterrador. Los demás eran aterradores, sobre todo los chicos.

Terapeuta: Bueno… estarías callado. Ahora, lo que es más importante, ¿qué sentirías mientras estuvieras sentado ahí escuchando a tu padre?

Paciente: (Risa)…El primer sentimiento era de risa nerviosa, de que él pudiera estar aquí y que pudiésemos hablar, pero el segundo sentimiento era el que él no entendería, no cambiaría.

Terapeuta: Bien. Estas son todas ideas. Volvamos a los sentimientos. Así que lo que tú visualizas es a tu padre hablando y a ti escuchando. Eso es probablemente un buen indicador, porque tú conoces tu relación muy bien.

Paciente: Bueno, yo lo veo como una conversación que se desarrolla entre tú y él.

Terapeuta: ¿Sobre ti?

Paciente: Sobre mí.

Terapeuta: Como si fueses el fenómeno llamado "El hijo, el paciente, Jack"

Paciente: Está bien.

Terapeuta: Como si tú simplemente te sentases y escuchases.

Paciente: Eso es (risa).

Terapeuta: ¿Cómo te sentirías si eso sucediese?

Paciente: Um… ignorado, empequeñecido…no tomado en serio…infantil.

Terapeuta: Bien. Muy bien, muy importante. Ahora, respira. ¿Cómo te gustaría que fuese diferente?

Paciente: (Pausa larga) De alguna manera querría que todo cayera a pedazos.

Terapeuta: Háblame de eso.

Paciente: Lo que tú me dices es sobre mí, pero mi padre habla en abstracto. No es…personal…no soy…yo.

Terapeuta: ¿Qué es lo que no hace por ti?

Paciente: No me permite decirle lo que siento.

Terapeuta: ¿Tu padre daba miedo? (Aquí es donde el estereotipo del padre cruel no encaja. El error del padre es más sutil, eludiendo la comprensión del paciente)

Paciente: La verdad es que no. Podría estar siempre enfadado pero no –no es eso.

Terapeuta: Dices que tu infancia fue asustadiza. Sin embargo, te oigo decir que tu padre no era la fuente del terror. Entonces, ¿por qué sacar a colación esta infancia aterradora con él? ¿Cómo se relaciona?

Paciente: A veces se me forzaba a hacer cosas.

Terapeuta: ¿Tu padre?

Paciente: Bueno, realmente mi madre. Recuerdo que en el sexto grado de una obra de teatro del colegio fui obligado a hacer de hada, una especie de ángel. Yo no quería hacerlo por nada en el mundo. Pero mi maestra y mi madre me obligaron y sólo recuerdo que me moría de la vergüenza. Pensé: "Esta es la idea que tienen de mí de todas formas…"

Terapeuta: … ¿Y cuál es?

Paciente: (Pausa) Mariquita.

Terapeuta: ¿Y cómo encaja tu padre esto?

Paciente: Pudo haberlas detenido… evitar que sucediese. Pudo haberme tratado de forma diferente de tal forma que quizá habría sentido que podía haberme enfrentado a ellas y decir que no. Quizás pudo haber hecho que mi madre me tratase de forma diferente, protegerme de lo que ella me obligaba a hacer.

DESAPEGO DEFENSIVO

Uno de los objetivos terapéuticos más importantes es enseñar al paciente el concepto de des-apego defensivo de los varones. Al mismo tiempo que los pacientes son rápidos para comprender e identificarse personalmente con esta tendencia, necesitan identificar de forma exacta el momento y la forma en la que se excluyen de los demás hombres.

CASO 1

(Este paciente es hermano en una comunidad religiosa y una persona importante en su vida es su superior, el Padre Frank, que es un hombre muy benevolente y de gran apoyo. El paciente está comenzando a identificar sus maniobras de des-apego defensivo y está intentando trabajar contra ellas.)

Paciente: Últimamente he llegado a ser más consciente de cuando me auto-excluyo. Durante un largo tiempo no era consciente de lo que estaba haciendo. Ahora estoy intentando tomar una actitud diferente con el Padre Frank.

Terapeuta: ¿Cuál es tu actitud cuando estás a la defensiva con el Padre Frank?

Paciente: Cuando estoy a la defensiva, estoy… tengo poco contacto. Lo reduzco a una rápida interacción… mínima participación. No siento que conecte, de verdad.

Terapeuta: ¿No sientes que conectas?

Paciente: No confío en él. Siento que va a hacerme daño. Sé que no es verdad pero envío señales que dicen: "Aléjate." No me sentaré en su oficina. Tengo que ir contra esa tendencia de autoexcluirme.

Terapeuta: Y ¿cómo haces eso?

Paciente: Sólo relajándome y confiando…sólo estando presente con él de una manera simple. Con pobreza de espíritu. Sólo… entrando sin armadura.

Terapeuta: Me gusta eso, "pobreza de espíritu", un tipo de vulnerabilidad. Simplicidad, una actitud de apertura.

Paciente: Cuando estoy con él, me digo: "Esto es todo: confórmate" Pero no soy coherente, estoy todavía en el lado corto. Todavía soy un poco inseguro. A veces me faltan las palabras.

Terapeuta: Como las palabras son lo que nos conecta, una forma de des-apego es simplemente quedarse sin palabras.

Paciente: A veces no sé qué decir.

Terapeuta: Bien, ¿cómo te sientes con él?

Paciente: No siento nada, nada.

Terapeuta: Ves que esa es en verdad la raíz del des-apego defensivo de los demás. El des-apego de nuestros propios sentimientos.

CASO 2

Esta es una explicación típica del des-apego defensivo.

Terapeuta: ¿Cómo te sientes ahora?

Paciente: Umm… al comienzo de la sesión tenía nervios en el estómago… pero cuando comenzaste a hablar sobre mí sentí este burbujeo energético…como, ¡oh, vamos a lograr algo! ¡Esto tiene sentido! Hubo varias veces a lo largo de la conversación en las que sentía nervios, entonces tú decías algo y a mí me entraba ese sentimiento energético, y sonreía o reía para taparlo. Cuando digo algo y tú explicas lo que significa, me hace sentir bien. Me hace sentir que hay esperanza. ¡Le importo a alguien! ¡Entiende lo que me está pasando! Está hablando sobre mí, está hablándome sobre mí y me hace sentir… como cuando la gente me cumplimenta, me da reconocimiento.

Terapeuta: Tu miedo es que los hombres te vean. Esto es el des-apego defensivo. Cuando te veo y comento algo sobre ti, al mismo tiempo te excita y te da miedo.

Paciente: Sí.

Terapeuta: Cuando comento algo de ti, sabes que te veo claramente por quien eres en ese momento y eso te asusta un poco pero también te excita porque eso es exactamente lo que quieres –un hombre que te vea verdaderamente. Lo contrario del des-apego defensivo es hablar con alguien y verlo con seguridad. Eso se enfrenta al des-apego. "Aquí hay un hombre que está hablando de mí, ahora, sobre quién soy. No puedo escapar. Está viendo mi yo real, que es aterrador."

Paciente: Y sin embargo es lo que quiero. Me vuelvo loco porque quiero que los hombres me vean y me vuelvo loco cuando un amigo no me pregunta cómo estoy, cómo lo estoy haciendo. Hay algo penetrante en la forma en que un hombre puede verte.

MOTIVACIÓN REPARATIVA

En estos ejemplos vemos la motivación reparativa tomando la forma de erotización de una relación con un hombre que tiene éxito con las mujeres. Seducir a un hombre auténtico es un tema que se encuentra con frecuencia en la literatura gay. Los hombres auténticos son vistos ambivalentemente como despreciables pero atractivos. (The Advocate, 1989)

CASO 1

(Will, de veinticuatro años de edad, está comprometido sexualmente con un hombre casado, Tom. Lo que intrigaba a Will era que su amigo podía comprometerse sexualmente tanto con hombres como con mujeres. Su amigo casado se convertía en un "objeto transaccional" –es decir, un nexo con el trato íntimo con mujeres, que era deseado pero temido. Así, Will tenía la oportunidad de acercarse al papel que le habría gustado tener a él mismo.)

Paciente: Tom me intriga porque está casado. Quisiera averiguar- ¿cómo lo hace? Sabes… intentar ligar con un hombre estando casado. ¿Cómo hace estos malabarismos?

Terapeuta: Tiene un pie en el mundo gay y otro en su vida de casado.

Paciente: Sí. Y veo a Tom como un camino esperanzador de salida. Un camino de salida de los problemas que estoy tratando. Está viviendo el tipo de vida del que realmente tengo miedo, que es estar casado y formar una familia.

Terapeuta: Dime las cualidades de Tom, por las que te sientes atraído.

Paciente: Bien… es sociable, tiene dominio de si mismo… Ese tipo de cosas.

Terapeuta: ¿Puedes ver eso como fuerza masculina? ¿Un nivel de hazaña masculina que representa un ideal para ti? ¿Puedes ver cómo sexualizaste eso?

Paciente: Sí. Porque estaba acercándome a algo que no poseo, que me doy cuenta de que quiero para mí. De hecho, me atraía principalmente, al principio, el hecho de que estaba casado. Suena raro, pero quería saber sobre las relaciones sexuales con su esposa. Quería saber cuándo y con qué frecuencia. Parte de mí no quería saber, no quería preguntar debido a mis propios celos. No quería oírlo y al mismo tiempo sí.

Terapeuta: Así que qué pasó realmente -¿le preguntaste?

Paciente: Cuando había preguntado antes, de forma indirecta, nunca decía nada. Pero luego fui más directo. Me excitaba pensar que tenía sexo con su esposa.

Terapeuta: ¿Qué quieres decir con que "te excitaba"?

Paciente: Bien, cuando lo conocí por primera vez, lo miré como al hombre atractivo que está casado pero que le gustan los hombres -¿y cómo puede hacer todo esto con tanto éxito? ¿Cómo podía hacer todo esto? Me gustaban los hombres y quería que me gustasen las chicas pero no sabía cómo, y he aquí a Tom, que no tiene problemas con las mujeres. Tenía que admitir que me excitaba oírle hablar de ello.

Terapeuta: Así que aquí estás tú, que no te sientes capaz de tener relaciones sexuales con mujeres. Así que Tom, para ti, es un objeto transaccional –un objeto que te une a la mujer temida. Te sientes cercano a Tom, por lo que si Tom puede tener éxito con las mujeres, entonces quizás por medio de la asociación, tú también puedes tener éxito con las mujeres. A través de la identificación con Tom, podrías conseguir esa potencia masculina. Por medio de él tienes un pie en ese otro mundo que buscas.

Paciente: Un pie que me conecta con él…

Terapeuta: Sí, que te conecta con la vida de casado. Es como un niño que tiene miedo de los perros, por lo que el padre dice: "Yo te cogeré de la mano y tocaré al perro y os traeré a los dos lo más cerca que pueda." El problema está en que tú te sentiste excitado sexualmente por Tom. Más que identificarte con Tom lo sexualizaste. Esto es un error, una regresión. La gratificación sexual confunde el proceso de identificación.

Paciente: Así que teniendo sexo con él sentía como que realmente estaba consiguiendo esas cosas.

Terapeuta: Así es. Pero sólo estabas en ese otro mundo.

Paciente: Mi atracción hacia él me recuerda cómo mis amigos y yo solíamos admirar a hombres que se parecían a nosotros –nos gustaban los hombres que eran lo más parecidos a nosotros, porque así conseguíamos un reforzamiento de nosotros mismos.

Terapeuta: Exacto.

Paciente: Se parece a mí. Todo el mundo dice que nos parecemos… Sabes que es la relación que tiene, la que yo quería. ¿Cómo hace eso regularmente? Quiero decir, he tenido sexo con una mujer pero no he sido capaz de seguir con la relación.

Terapeuta: Tiene una relación emocional con una mujer, que se expresa sexualmente. Eso es lo que tú no has sido capaz de realizar.

Paciente: Sí. De eso es de lo que me siento inseguro.

Terapeuta: El sexo es fácil pero el sentimiento hacia una mujer te asusta.

CASO 2

(Elliot es un paciente de 26 años de edad que lleva un año en la terapia por conflictos homosexuales. Durante los últimos dos años ha mantenido una relación intensa y obsesivamente dependiente con su compañero de habitación, Sam. El éxito fácil y auto-confidente de Sam con las mujeres lo hace particularmente atractivo. Aunque la dependencia que Elliot siente sobre Sam es sexual, está determinado a continuar para cultivar su heterosexualidad. Elliot nació y se educó en una granja aislada en el Oeste medio. Su vida familiar era estricta, dogmáticamente religiosa y emocionalmente desgraciada. Dejó la granja y se estableció en Los Ángeles, donde conoció a Sam, un aspirante a actor. Se sintió atraído inmediatamente por su atractivo físico y su estilo sociable y encantador –todas las características de las que él mismo carecía. Al mismo tiempo, Sam utilizaba aparentemente a Elliot para alimentar sus necesidades de atención y admiración, con algunos tormentos sexuales. A pesar de su éxito con las mujeres, el mismo Sam parece tener algunas necesidades narcisistas de atención por parte de hombres. Este componente homosexual sólo confunde más a Elliot. Elliot todavía mantiene la fantasía de que Sam le ayudará a relacionarse con las mujeres pero Sam mina consistentemente los esfuerzos novatos de su compañero de habitación.

Vemos aquí la común falta de equilibrio de poder y dependencia en las relaciones de personas del mismo sexo. También oímos el deseo del padre bueno que Elliot no tuvo y las fantasías de ser adoptado por el terapeuta.)

Paciente: Siempre he necesitado un estímulo. Sam me da eso… Es como entrar y hablar con tu padre. Decirle lo que te está molestando y tu padre te da palmadas en la espalda.

Terapeuta: Excepto que tu padre no te daba palmadas en la espalda sino golpes en el trasero.

Paciente: Sí. Realmente me pegaba entre los hombros porque era más doloroso. Pero quería hablar con Sam acerca de lo que me estaba enfrentando. Quería un hombro, sabes, como: "Sam, estoy viendo a esta chica y estoy nervioso. Tengo miedo de no poder levantarla y que ella se pueda sentir decepcionada." Quería expresarle mis dudas a alguien, no a cualquiera sino a alguien como Sam.

Terapeuta: ¿Por qué querías hablar con Sam? Anteriormente siempre te desanimaba.

Paciente: Lo sé pero buscaba a alguien que fuera un amigo, un buen amigo que pudiera inflarme, animarme, darme algunas indicaciones sobre cómo tratarla. "No te preocupes, estarás bien", y así. Alguien que aunque supiera que soy homosexual, no perdería su amistad. Que no pensara menos de mí por eso.

Terapeuta: "Déjame hacerte esta pregunta. ¿Alguno de esos sentimientos, un hombro cálido en el que apoyarse, alguno de esos sentimientos a este amigo ideal es sexual?

Paciente: Probablemente si se lo permito, imagino.

Terapeuta: Háblame de eso.

Paciente: Bien, en cierta forma piensas: "Bien, querías un abrazo." Alguien que me dé palmaditas en la espalda… e imagino que debido a la cercanía sentiría algo sexual.

Terapeuta: Sólo hay unos pasos de la admiración al afecto a lo sexual.

Paciente: Sí, lo veo claro. Pero lo paraba ahí. Puedo imaginármelo dándome un abrazo. "Está bien" y apoyándome porque tengo miedo. Es como si lo pusiera en un pedestal –"Oh, es un gran tipo. A él no le pasa nada… No tiene problemas de seguridad en si mismo"- y si no tienes cuidado, empiezas a fantasearlo de forma sexual. Me habría gustado que mi padre hubiera sido ese estímulo para mí.

Terapeuta: Esa es la tarea. Conseguir lo que no conseguiste de tu padre.

Paciente: ¿Has pensado alguna vez en la adopción?

Terapeuta: A quién, ¿adoptarte a ti?

Paciente: (Ríe)

Terapeuta: ¿Quieres que te lleve a casa conmigo?

Paciente: Creo que habría sido fantástico si mi familia te hubiera conocido.

LA NECESIDAD DE UN MENTOR

(Este paciente de 53 años de edad, el padre divorciado de un chico de 11 años, vino a la terapia a recibir ayuda en el control de la conducta sexual compulsiva. Aunque su vida estaba en orden y con éxito de cara al exterior, sentía compulsión a frecuentar baños gays y a solicitar los servicios de hombres dedicados a la prostitución.)

Paciente: Sabes, en verdad he sido un huérfano psicológico. Realmente nunca he tenido padre.

Terapeuta: Lo sé.

Paciente: Y… me digo a mí mismo, bien, ¿dónde voy a encontrar a un padre? ¿Qué estoy buscando ahora mismo para curarme? ¿Estoy buscando un padre? ¿Estoy buscando un-

Terapeuta: Estás buscando un mentor. Estás buscando una imagen masculina que te ayude. Estás intentando encontrar tu masculinidad. Salir de esta neutralidad. Eso es lo que has estado buscando pero has sexualizado esa búsqueda.

Paciente: Pero cuando hablas de esa relación que debería tener con este hombre, me pregunto: ¿Qué voy a darle en nuestra amistad?

Terapeuta: Esta es una pregunta muy importante. Lo que tú estarás dándole a él, de hecho, eres tú mismo. Ves, no sólo hay una necesidad en el hombre de encontrar un mentor… sino que existe también una necesidad del hombre de ser mentor para otro. Tienes un chico en casa. Estás haciendo una cosa grande para tu hijo. Pero también tienes necesidad de ser padre. Yo tengo necesidad de ser terapeuta. Tú tienes necesidad de ayudar a otras personas como técnico médico. Así que por tu participación en la relación estás dándole algo al mentor. Estás permitiéndole actualizar su naturaleza de mentor. ¿Entiendes? Eso es bastante en sí mismo.

Paciente: Entiendo eso pero siempre lo he pasado mal con … Nunca he querido utilizar a la gente. Siempre me he sentido incómodo con eso.

(La búsqueda de un mentor produce normalmente esta cuestión de "utilizar" a otra persona. Esta duda es particularmente fuerte porque el homosexual tiende a tener dificultad para entender cuáles son las expectativas razonables en una relación masculina.)

Terapeuta: Porque oyes esta idea de "utilizar". Esa es una racionalización de tu no valorarte a ti mismo. Es como si dijeras "no quiero acercarme a ti o podrías averiguar que soy homosexual". Esa es una racionalización de tu consideración de ti mismo como que no lo mereces.

Paciente: Ves, siempre tengo miedo. Siempre he tenido miedo de utilizar a la gente. Ahora sé que utilizo a la gente en un contexto sexual… pero no siento que realmente esté utilizándolos en ese contexto.

Terapeuta: Una pregunta importante -¿Por qué no los utilizas?

Paciente: Bien, de una forma en que puedes verlo, son dos personas las que están consintiendo hacer algo, así que nadie está realmente haciendo daño. Pero sé que hay otra manera de verlo. Creo que los homosexuales son realmente seductores en eso de que nos aprovechamos de otro hombre herido.

Terapeuta: ¿Cómo es que te aprovechas de un hombre herido?

Paciente: Bien, si aceptas la tesis de que todo homosexual está herido y solo y está buscando amor y vienes y ofreces a alguien este aparente amor, esta libertad de la soledad y así sucesivamente.

Terapeuta: Esta atención personal.

Paciente: Sí. Los estás utilizando en un engaño mutuo. Es algo recíproco pero no deja de ser una utilización.

Terapeuta: Eso es un buen punto de vista. Pero la relación con el mentor no es un asunto de utilización. Se lleva a cabo una relación muy genuina y beneficiosa mutua y personal y eso es lo que te asusta. Por eso es por lo que llegas a preocuparte de si vas a utilizar a la persona. En una relación sexual impersonal no tienes que preocuparte por la utilización. Ambos se utilizan mutuamente, es rápido, se acaba, salimos y nos lavamos las manos. Ese es el ciclo vicioso de las relaciones vacías en las que estás atrapado.

AMIGOS HETEROSEXUALES

CASO 1

Este caso es un ejemplo del valor del descubrimiento con la clase correcta de amigos auténticos.

Paciente: Están pasando cosas nuevas. El nombre de este tipo es Alex y empezamos a ir al gimnasio y a trabajar juntos. La razón por la que es bueno para mí es que es importante estar allí con otro hombre, no estar allí solo.

(Muchos pacientes expresan sus esperanzas y temores con respecto al gimnasio. Es uno de los pocos ambientes sólo para hombres que proporciona tanto tentaciones como el sentido sanador del contacto con la masculinidad.)

Paciente: De verdad es bueno para mí porque me permite estar con otro hombre, trabajando en el desarrollo de mi cuerpo, que es para lo que estoy allí.

Terapeuta: Una oportunidad muy buena.

Paciente: Ayuda a mantener las cosas en su sitio. Mantiene las fantasías o al menos la conducta a raya. Consigo menos en ese lugar aislado, mirando a todos los hombres y eso.

Terapeuta: Te mantiene en una perspectiva más masculina.

Paciente: Es una buena influencia. Sabe todo de mí, de mis luchas sexuales.

Terapeuta: ¿Sabe todo de ti?

Paciente: Su hermano es bisexual, lo que ayuda porque podemos hablar de ello. Pero es completamente heterosexual. Es un buen tipo y una gran influencia en mi vida.

Terapeuta: Eres muy afortunado de tenerlo.

Paciente: El me da mucho apoyo en mi lucha y compartimos las cosas. Me ha admitido que tiene un problema con librerías de adultos, sabes, pornografía, lo mismo

que yo. Era increíble. Es agradable hablar con él de ello. Hablamos con detalle sobre nuestros patrones sexuales y cuando paso por tentaciones, casi puedo reírme de lo tonto que es.

Terapeuta: Puedes reír porque venciste al des-apego –puedes mirar objetivamente un problema personal a través de compartirlo con un amigo. Aún más, pienso que es especialmente bueno para ti compartir con un hombre auténtico esa parte de ti de la que te sientes avergonzado. Puedes experimentar su aceptación y ver que esos hombres auténticos también tienen sus problemas.

CASO 2

Este es un ejemplo de una decisión desacertada sobre manifestar su homosexualidad a un amigo auténtico. La revelación no se hace por motivos sanos sino que procede de una fantasía que haría al amigo más cercano.

Paciente: Siento que no tengo nada que ofrecer a otro hombre en una amistad… Realmente da miedo.

Terapeuta: Da miedo. Pero eso es lo que te mantiene aislado de los demás hombres. Te mantiene frustrado en las relaciones masculinas.

Paciente: Lo sé. Hay otro tipo en mi empresa, es un supervisor para todo el departamento. Me pidió que hiciese este proyecto con él. Es el tipo de hombre masculino.

Terapeuta: ¿De qué se trata?

Paciente: No lo sé. Me pone nervioso. Hay algo de Barry que me confunde. (ríe) No soy yo.

Terapeuta: (Ríe) ¿De qué se trata?

Paciente: Bueno, el pensará: "No voy a trabajar con este tipo. No es masculino. No va a esquiar y todo eso."

Terapeuta: ¿Qué? ¿Tienes que ir a esquiar con él para hacer el trabajo? ¿Qué es esto?

Paciente: ¡Bien, quizás vaya a esquiar con él!

Terapeuta: Ese no es el punto. No te lo pidió, de todas maneras. (Ríe).

Paciente: Sólo sé que va a haber cierta barrera entre nosotros.

Terapeuta: Sí. La barrera es tu cabeza.

Paciente: No va a existir esa barrera-

Terapeuta: ¿Eso quieres?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Puede que no se establezca un vínculo en tu relación con él. Sólo trabajáis juntos. Si tus necesidades emocionales se encontraran satisfechas con otros hombres, no te fijarías en él. Estás invirtiendo demasiado emocionalmente en ese hombre.

Paciente: Lo sé.

Terapeuta: Es tu propio sentido de falta de valor lo que te bloquea. La idea es "si supieran que soy homosexual, nunca serían mis amigos".

Paciente: ¿Qué creo que lo van a averiguar y que me intimida? ¿Que podría verme en situaciones de necesidad? Hace un par de años tenía una relación con un hombre, Al. Era un hombre con el creo que podría ser un buen amigo. Es heterosexual. Eso lo estropea.

Terapeuta: ¿Cómo lo estropea?

Paciente: Bueno, me encuentro persiguiéndolo.

Terapeuta: ¿Él te rechaza? ¿Cómo?

Paciente: Lo conocí en 1978: Realmente estaba "hasta el cuello" entonces. Iba a reuniones de Alcohólicos Anónimos y ahí estaba él, un tipo… realmente atractivo. (Ríe). Empezamos a hablar. Llegamos a ser muy buenos amigos pero entonces se desequilibra la cosa. ¡Empiezo a ir tras él!

Terapeuta: ¿Qué va mal?

Paciente: No estoy seguro.

Terapeuta: Lo que sospecho que va mal es que no eres tú mismo, estás demasiado pendiente de ti mismo, no te das a la amistad. Te vuelves pasivo, le dejas que tome el liderazgo a él y no ofreces ninguna idea tuya. Mientras puedas estar con él, dentro de su "aura" y no te rechace, eso es suficiente para ti. Pierdes tu espontaneidad, entras dentro de ese falso tú.

Paciente: Sí… creo que te entiendo.

Terapeuta: Como consecuencia, te ve aburrido.

Paciente: …Y dependiente.

Terapeuta: Así que después de un tiempo eres una carga. (Pausa). Parecía como si te doliese cuando he dicho eso.

Paciente: (Ríe sarcásticamente) Gracias.

Terapeuta: Para ser franco, el falso yo no está suplicando.

Paciente: (Pausa larga, luego suavemente) Lo sé.

Terapeuta: ¿Sabes de dónde viene este sentimiento de no ser querido, de inferioridad?

Paciente: Es un tema importante… No sé de dónde procede. Sólo me siento enganchado con estos tipos. A veces me digo a mí mismo: "Deja que se vaya. Deja de pensar en él. Joder, olvídalo. No tienes nada que ganar, es una pérdida de tiempo. Es fútil. Es frustrante, déjalo". La seguridad que esperaba encontrar con Al, nunca existió. Mientras más le hacía ver que lo necesitaba, más me trataba como basura. Hace pocos años le hablé sobre mí mismo –mi orientación. Él no sabía qué hacer. Yo esperaba que él pudiera tener también, sabes, algo de lo mismo…como, "si le digo lo mío, él me dirá lo suyo."

Terapeuta: Su fantasía.

Paciente: Así es. Así que lo dije. Esto tenía que salir: "Al, tengo que decirte cómo me siento realmente. Ya no puedo vivir más con esto". Le conté mi historia completa.

Terapeuta: ¿Cómo respondió?

Paciente: Como si nada. Como si nunca se lo hubiera dicho. No puedo plantear ningún asunto serio sobre mí. Incluso le dije cómo me iba con Alcohólicos Anónimos. Todo lo que dijo fue: "¿Oh, sí? Olvida eso.

Terapeuta: No quiere oír nada personal.

Paciente: Siguió hablando de sus carreras de coches. Pero de una forma en la que yo estaba más relajado que antes. Entonces yo era como un cesto de basura. Ahora parece haber una disminución de la… necesidad de vínculo, del… deseo.

Terapeuta: Bien. Sigue con eso. ¿Por qué debería ser menos? ¿Qué ha cambiado en ti?

Paciente: Quizá es porque me doy cuenta de que la seguridad que esperaba encontrar con Al, nunca tuvo lugar. Veo que tengo que encontrarla por mí mismo. Y ahora la estoy encontrando de otra forma. No tengo que depender de gente como Al. Era una relación absurda.

Terapeuta: ¿Qué quieres decir con que la estás encontrando de otra forma?

Paciente: Terapia, grupo, otros amigos.

Terapeuta: ¿Crees que algún día volverás a caer en una relación de dependencia con alguien como Al otra vez?

Paciente: Es demasiado doloroso. Es como intentar conseguir sangre de un nabo.

Terapeuta: Exacto. Como intentar conseguir amor y amistad de gente que no está preparadas para darla.

CONFIANZA EN LAS MUJERES

Aquí vemos como la desconfianza hacia las mujeres surge como un bloque importante para el desarrollo de relaciones heterosexuales. Esta desconfianza es particularmente evidente en los temas sexuales.

Normalmente, los hombres con orientación homosexual evitan la conducta sexual explícita cuando están comenzando a salir con mujeres. Aunque los patrones morales pueden tener parte en esta decisión, esto puede ser a veces una racionalización que surge del miedo al acto sexual. Por su parte, la mujer está encantada de encontrar a un hombre joven que se interese por ella y no sólo por su cuerpo.

CASO 1

(Allan, de veintisiete años de edad, procedía de un hogar muy puritano con un padre pasivo y una madre manipuladora. Ahora lleva varios meses en una relación muy compatible con una mujer.)

Paciente: No puedo tener sexo con ella ahora. Estoy demasiado inseguro de mis motivaciones. ¿Estoy poniendo a prueba mi masculinidad? ¿Estoy demostrando que soy auténtico? ¿Estoy utilizándola a ella como un experimento?

Terapeuta: Creo que eres sensato.

Paciente: Mientras más estemos juntos, más podemos confiar el uno en el otro.

Terapeuta: Sí.

Paciente: Dormimos juntos y hubo mucho contacto.

Terapeuta: ¿Estabas excitado?

Paciente: ¡Totalmente!... Pero había algo que me sujetaba. Le dije que necesitaba confidencialidad. Quiero que nuestras pequeñas bromas se queden aquí dentro para nosotros. No quiero que hables con tus amigas en el trabajo sobre lo que hacemos en la cama. No quiero bromas. (Esta inquietud del paciente sobre la confidencialidad procede de su miedo a que lo femenino –originalmente, su madre- disminuya su sexualidad.) Necesito saber que las cosas que hacemos, ella no se las dirá a su hermana bromeando, o incluso a sus amigas.

Terapeuta: ¿Por qué es eso importante?

Paciente: Confianza.

Terapeuta: ¿De qué tienes miedo?

Paciente: Mi sexualidad es un área vulnerable.

Terapeuta: Eso nos lleva de vuelta a tus dinámicas familiares iniciales. Nunca se te dio seguridad en tu sexualidad masculina. Siempre era algo amenazado, ignorado o vergonzoso. Lo que le estás diciendo por medio de esta confidencialidad es: "Mujer, voy a abrirme y confiar en ti sobre mi sexualidad masculina pero no me traiciones como hizo mi madre. No bromees con ello. No lo hundas. No me hagas sentir tonto ni estúpido. Quiero que lo respetes." Quieres estar seguro de que puedes confiar en esta mujer con tu sexualidad. Es una parte muy vulnerable de ti y es sensato conseguir conocerla como amiga, confiar en ella como amiga antes de exponerle tu sexualidad masculina.

Paciente: Dije, no tendremos sexo. No quiero que tomes la píldora. Nada químico dentro de ti. Además, no puedo entrar en casa de tus padres sabiendo que somos hipócritas. Así, dije: (burlona y arrogantemente) "¡Quiero llevar mi honor intacto!" (Ríe)

(Es irónico como un hombre homosexual extremadamente promiscuo llega a ser tan conservador y moralista con una mujer. Realmente, este cambio sirve a un propósito útil. Sintiéndose avergonzado de su forma de vida anterior, ahora desea separarse de él y empezar de nuevo.)

Paciente: Le dije que era promiscuo cuando tenía su edad y ahora ya no quiero serlo más.

Terapeuta: Me gusta como llamas los términos en esta relación. Estás estructurando los límites pronto y clarificando tus expectativas aquí. Es importante que no te sientas fuera de control. (Normalmente he encontrado que cuando los hombres con antecedentes homosexuales entran en una relación con mujeres, mantienen una hiper-vigilancia en prevención de que puedan perder el control de lo femenino.)

Paciente: Tengo miedo de la traición. No quiero que las chicas se rían de nuestra sexualidad. Sí, como hacía Mamá. (Imita el gesto arrogante de rechazo). Como si la expresión física de estas cosas no fuese importante.

Terapeuta: Esto tiene mucho que ver con la razón de por qué la escena gay es tan atractiva. Su énfasis está en la sexualidad masculina como de gran importancia. El foco del pene y todo eso.

Paciente: ¿Te enseñé alguna vez una foto? (Saca una foto de la cartera)

Terapeuta: Es muy bonita. Pero no me has dicho lo que sientes por ella.

Paciente: La quiero. La otra noche no quería sino abrazarla y era estupendo. De verdad soy feliz. Necesitamos conocernos y confiar el uno en el otro. Dije, necesitamos compartir nuestro pasado y lo que estoy a punto de decir no es con la intención de hacerte daño… pero siento que necesito decirte esto… Le dije que varias veces trabajé haciendo servicios de prostitución masculina. Ella empezó a llorar y yo comencé a llorar porque vi que estaba herida y dijo: "Todos hacemos cosas."…(Se pone lloroso)… Esto es el por qué es una chica especial. "Todos hacemos cosas", dijo "y entonces eras una persona diferente."

Terapeuta: A medida que pase el tiempo, despacio, necesitarás permitirle saber más de tu pasado sexual y cómo estás intentando cambiar. Ella merece saberlo.

Paciente: Me doy cuenta de eso. A su tiempo. ¡No creía que pudiera decirle a una chica que me acostaba con gente por dinero!

Terapeuta: Bien.

Paciente: Sentía que ahora era el momento. Sé que puedo confiar en ella con esto. No me traicionará con esto.

Terapeuta: Tienes miedo de que pueda romper contigo. Quieres que confíe todo lo que tienes a mano.

Paciente: Cada vez voy dudando menos porque veo que no se burlará de mí como mi madre. Me excito cuando siento confianza. (No muchos hombres llegan a este punto en su tratamiento y no está claro por qué unos hombres sí y otros no.)

Terapeuta: Estás diciendo: "Estoy compartiendo mi sexualidad contigo… Quiero que veas que es una parte importante de mí mismo, negada durante mucho tiempo. ¡Esta es una parte vital y dinámica de mí!"

Paciente: La semana pasada le dije… Le dije que me masturbé después de verla.

Terapeuta: Se lo dijiste. ¿Cuáles eran tus motivaciones?

Paciente: (Pausa larga) "Esta es otra prueba para ver si puedo confiar en ti. Estoy compartiendo mi sexualidad contigo –por ahora sólo verbalmente pero estoy confiando. Lo que estoy diciendo parece tonto, parece potencialmente embarazoso, pero aquí va."

Terapeuta: Tu madre se avergonzaba de que separaras tu sexualidad masculina. Ahora le pides a otra mujer que te ayude a reintegrarla.

CASO 2

(Este hombre de 54 años de edad está a punto de abrirse a una relación íntima con una mujer. Vemos las barreras de la evitación, la ansiedad, la racionalización y la vuelta a la homosexualidad. Estuvo casado durante dieciséis años sin intimidad emocional y con una sexualidad muy pobre.)

Paciente: Tengo que decirte, Joe, que esto me está sacando afuera esta porquería de mí.

Terapeuta: ¿Qué cosa?

Paciente: Esto… Todo este proceso… Esta terapia.

Terapeuta: Sí. Te dije que sería duro, por eso es una terapia de iniciación.

Paciente: No pude dormir anoche. Fui a casa, intenté dormir pero me despertaba. No podía volver a dormirme, así que me vestí y fui a un bar gay. Se me metió esta idea en la mente de que quería hablar con un gay sobre esto. Estoy tan solo y pensé: "Bien, quizá pueda encontrar a alguien" pero no había nadie. Luego fui a otro y no había nadie. Luego fui a casa pero no podía dormir. No podía dormir… Así que… A las tres de la mañana, me levanto otra vez… Buscando… A alguien.

Terapeuta: ¿Qué buscabas?

Paciente: Un hombre con quién hablar – y probablemente con quién tener sexo. Quién sabe… Qué demonios.

Terapeuta: Bien.

Paciente: El sábado por la noche fue la misma mierda otra vez. Sólo esa noche tuve sexo con un hombre otra vez. Intento hablar con alguien. He intentado sacar todo esto de mi sistema.

Terapeuta: ¿Qué estás intentando sacar de tu sistema?

Paciente: Intento entender qué está pasando. Estoy muy solo en esto. Necesito hablar con alguien, Joe. No hablé con esa persona con la que tuve sexo.

Terapeuta: Estabas buscando hablar pero en vez de eso tuviste sexo. Gracioso cómo sucede.

Paciente: Es doloroso. Realmente estoy buscando.

Terapeuta: Pensaba que estabas interesado en una relación con una mujer. ¿Qué pasó?

Paciente: Eso me da miedo.

Terapeuta: Por supuesto que te da miedo. Por eso vas corriendo a los bares gay a encontrar el refugio masculino.

Paciente: Es verdad, tienes razón. Mentí a una mujer. Quedé con una chica para esa noche. Me dio miedo. Me giré, la volví a llamar y le mentí.

Terapeuta: ¿Crees que esto tiene que ver con todo este desorden, esta tristeza, este dolor?

Paciente: Seré honesto contigo, Joe. Me gustaría tener un buen polvo con una mujer, nada más que eso. Estoy en el punto de ir a una casa de citas.

Terapeuta: ¿Oyes lo intensamente ambivalente que eres sobre las mujeres? Tienes miedo, estás disperso, lo tienes todo sobre el lugar. Tienes miedo. ¿Por qué ir a una casa de citas? ¿Qué va mal en una relación agradable con una mujer?

Paciente: El sexo no ha sido nunca un problema para mí. El problema es lo demás.

Terapeuta: ¿Quieres una mujer, por lo que vas a un bar gay? ¿Por qué?

Paciente: Te lo digo, estoy asustado.

Terapeuta: Incluso cuando lo reduces al género correcto, a una mujer, tiene que ser con una prostituta. Necesitas apoyo masculino. Necesitas amistad masculina. El problema es que no lo consigues desde los amigos varones. Quieres conseguirlo desde el contacto sexual.

Paciente: ¿Qué llamas a este amigo mío con el que estuve anoche, el que estuvo en mi casa? Él y yo,… Estaba en mi casa.

Terapeuta: ¿Conoce tu lucha?

Paciente: ¡Para nada!

Terapeuta: Bien, eso es. Entonces no puede ayudarte. Necesitas decirle a él o a otro amigo cercano, un hombre auténtico, cuál es tu lucha.

Paciente: ¡Ooooh! (temblor de imitación)

Terapeuta: Sí… Experimentarás un apoyo, un refuerzo de tu fuerza masculina cuando puedas abrirte y tengas ese recibimiento de la revelación por parte de un amigo auténtico.

Paciente: ¿Qué tal un extraño…. un extraño auténtico?

Terapeuta: Si puede desembocar en una amistad, bien. Pero si no, es como la prostituta, impersonal. ¡Tiene que ser un amigo!

Paciente: ¿Qué tal un amigo con el mismo problema?

Terapeuta: Existe la posibilidad de que llegue a ser sexual.

Paciente: Ese es el riesgo que se toma.

Terapeuta: ¿Por qué correr ese riesgo?

Paciente: ¿Por qué el alcohólico se une a otros alcohólicos? Como estás hablando, me da miedo, de verdad tengo miedo.

Terapeuta: No tengo duda de eso.

Paciente: Se me dijo, y todo me lo indicaba, que el sexo era sucio.

Terapeuta: Por supuesto. La mujer que se te presenta está en un pedestal, la Virgen. Dices que quieres el amor de una mujer pero cuando te acercas a alguien tiene que ser o un hombre o una prostituta.

Paciente: Estuve casado y no tuve problemas con las relaciones sexuales.

Terapeuta: Puedes actuar sexualmente incluso con una mujer pero emocionalmente te excluyes.

Paciente: No tengo problemas en mostrarle mis… partes privadas… o cualquier cosa de eso.

Terapeuta: Pero son tus emociones.

Paciente: Mi vulnerabilidad, mi corazón. Quiero correr hacia un hombre, agarrarlo para conseguir la fuerza, el coraje de tener sexo, apoyo.

Terapeuta: No estás preparado para tener trato íntimo con una mujer, de ahí tu miedo. Llena el espacio en blanco: "Tengo miedo de las mujeres porque pueden…-"

Paciente: -Castrarme. Nunca he tenido trato íntimo con una mujer, ni siquiera con mi esposa, en toda mi vida. Desde la muerte de mi mujer, existen todas esas mujeres que quieren ser amigas. ¡No quiero verme comprometido con ellas! Nunca me di cuenta de lo poco que confío en las mujeres. Nadie sabe de la relación entre mi mujer y yo. Todo el mundo desde fuera pensaba que todo parecía perfectamente normal. (Llorando) Cuando murió, el sueño lo hizo también. Por eso su muerte fue tan dolorosa. (Sollozando). El sueño de que podría mejorar… que podría tener intimidad con una mujer. Tres meses después de que murió mi mujer fui a una casa de citas.

Terapeuta: Muchos hombres homosexuales pueden tener sexo con mujeres muy fácilmente.

Paciente: Creo que eso es lo que está pasando.

Terapeuta: ¿Cómo encajamos esto con todo lo que hablamos la última vez sobre que las mujeres son tan insatisfactorias para los hombres? Hagamos un viaje de fantasía. Quiero que cierres los ojos. Imagina que estás con una mujer, tu mujer ideal. Imagínatela como quieras. Aquí estás sentado con ella en el sofá delante de la chimenea. Quizá los dos tienen un vaso de vino. ¿Qué sucede? Cuéntamelo.

Paciente: (Apoya la espalda en una silla, cierra los ojos, la cabeza hacia atrás, respira hondo- pausa larga) Realmente se está bien, se está cómodo. Realmente ella me puede excitar. (Larga pausa)

Terapeuta: Sigue.

Paciente: Puedo realmente sentir un hormigueo, un hormigueo sexual. Puedo imaginarme teniendo realmente sexo con ella. Pero mi sexualidad puede dañar a una mujer, existe el miedo de hacerle daño. Si desciendo a mis más profundos sentimientos por mi madre, probablemente puedo enfadarme mucho.

Terapeuta: ¿Probablemente?

Paciente: Bueno… Digo probablemente porque no he indagado en mi ira. Puedo mirar atrás a mi infancia e imaginar golpes. (Da golpetazos con los puños en la palma)

Terapeuta: ¿Quién?

Paciente: Golpes, sólo golpes. No quiero hacerle daño a una mujer.

Terapeuta: El hombre sólo puede acercarse a la mujer si no tiene miedo de hundirse. ¿Qué piensas que harás con esta mujer esta noche? (Mientras más se

acerca a la mujer, más miedo e ira siente hacia su madre. Los asuntos de confianza hacia la mujer se vuelven más pronunciados.)

Paciente: Probablemente la veré pero le diré desde el comienzo que no que no quiero comprometerme.

Terapeuta: Eso es bueno. Así estableces los límites. Mantén el hormigueo.

Paciente: Pero todas ellas quieren estas relaciones exclusivas.

Terapeuta: Díselo claro.

Paciente: Eso es lo que voy a hacer. Voy a decirle claramente que no estoy preparado para una relación exclusiva.

PORNOGRAFÍA

La exposición de la temprana infancia a la pornografía femenina es un estímulo poderoso para todos los niños (Reisman 1990). El joven que ve pornografía tenderá a ver a su propia madre en la figura femenina, evocando sentimientos de curiosidad, daño, confusión, traición y disgusto. El chico pre-homosexual, expuesto tempranamente a la pornografía puede intensificar las barreras que se están formando ya contra la intimidad heterosexual.

(Este paciente ejemplifica a muchos hombres que exponen reacciones diversas a la pornografía femenina desde la temprana adolescencia. En este extracto de una sesión, el paciente estaba hablando de su relación con su novia, Alice, y lo que podría suponer el conseguir acercarse físicamente a ella. De repente se bloqueó imaginando cualquier otro tipo de relación íntima.)

Terapeuta: ¿Podrías imaginar una fantasía sexual… Puedes imaginar que te atraiga ella sexualmente?

Paciente: (Abruptamente) No, no, porque… no. No quiero verla desnuda. Quiero verla pero no con su ropa quitada.

Terapeuta: Ya veo.

Paciente: Quiero mirarla y sentir su cercanía.

Terapeuta: ¿Puedes imaginar lo que parece desnuda?

Paciente: Sí pero está mejor vestida.

Terapeuta: La idea de que esté desnuda, ¿hace que pierda atractivo?

Paciente: (Con dudas) Sí.

Terapeuta: ¿Cuál es el sentimiento?

Paciente: (Pausa) Bien, puedo imaginarla desnuda pero no me gusta. No.

Terapeuta: ¿Cuál es el sentimiento?

Paciente: (Pausa muy larga)

Terapeuta: Quédate con el sentimiento. Intenta darme palabras para encajar el sentimiento.

Paciente: (Pausa larga, aparentemente atascado profundamente)

Terapeuta: ¿Fea? ¿Repulsiva? ¿Barata? ¿Aterradora? ¿De pena?

Paciente: (Pausa larga) Aterradora… No. No aterradora… Preocupada de que yo tenga que actuar.

Terapeuta: ¿Y si no tuvieras que actuar? ¿y si ella no tuviera más expectativas que tú la desvistieras y la miraras, quizás que la tocaras? ¿Cómo te sentirías?

Paciente: No. Eso no me gusta.

Terapeuta: ¿Cuál es el sentimiento? La expectativa es un bloqueo comprensible pero más allá de esas expectativas existe otro bloqueo, algún sentimiento negativo sólo por verla desnuda. Cierra los ojos e intenta ponerte en contacto con el sentimiento.

Paciente: Sí. No sé lo que es pero, sí.

Terapeuta: Cuándo eras niño, ¿viste mujeres desnudas? ¿Era tu madre? Hay algún bloqueo ahí. (El terapeuta está tanteando al azar. El mismo terapeuta está bloqueado.)

Paciente: Sí… sí.

Terapeuta: Hay algo ahí.

Paciente: Sí. Hay algo ahí. Sí… ¡Sí! (sentándose derecho con los ojos abiertos) Veíamos revistas. Tenía 6 o 7 años y mi primo nos habló a mis hermanos y a mí sobre actos sexuales y todo y recuerdo perfectamente la forma en que describía…como, um…estaba excitado y veíamos revistas. No Playboys sino más sucias, más gráficas.

Terapeuta: ¿Tu hermano era mayor? Dime lo que recuerdes.

Paciente: Bien. ..

Terapeuta: ¿Recuerdas fotos?

Paciente: Puedo recordar toda la historia. Había una mujer –gorda, no con buen cuerpo, hablaba con un vendedor e intentaba seducirlo y se quitaba la ropa y se puso, como se dice, a hacerle una felación al hombre.

Terapeuta: ¿A qué?

Paciente: Ya sabes, a chupársela al hombre, y era rubia.

Terapeuta: ¿Puedes describirla?

Paciente: Recuerdo exactamente las fotos. Recuerdo el olor (el paciente hace un gesto de revulsión) de la habitación en la que estábamos, el sótano. (Es interesante notar los detalles intensos con los que se recuerdan las fotos. La intensidad del momento se cierra en la memoria con sensaciones asociadas.)

Terapeuta: ¿Cuál era el olor? (intentando animar la memoria de los matices sutiles de lo situado.)

Paciente: Era… como cuando algo está mojado… cuando algo está húmedo.

Terapeuta: Mohoso.

Paciente: Sí… hum… sí, sí.

Terapeuta: ¿Qué eran las fotos?

Paciente: La historia completa estaba en fotos con las palabras debajo.

Terapeuta: ¿Cuántos años tenías?

Paciente: Seis o siete. Creo que eso no ayudó a mi imagen de la mujer.

Terapeuta: Por supuesto que no. El niño pequeño piensa: "¿Con esto es con lo que yo tengo que tener sexo?"

Paciente: Era como decir "esto tiene que gustarte". Porque esperaban que tuviera que gustarte. Mi primo que tenía las revistas tenía alrededor de trece. Estaba excitado y, tú sabes, orgulloso. Y yo estaba sólo impactado.

Terapeuta: ¿Cómo sabías que estaba excitado?.

Paciente: Porque se le notaba, sabes, la erección en sus pantalones. Y mi hermano mayor estaba leyendo sin ninguna expresión, como… no indiferente pero como, "Puedo controlarme." Y yo estaba así: "¡Dios mío! ¡Esto es terrible!" Y estaba muy… asustado de lo que habíamos visto.

Terapeuta: Sí.

Paciente: Estábamos en una fiesta con nuestras familias. Todo el mundo estaba en el piso de arriba y nosotros teníamos que… volver y… todo el mundo parece igual pero tú te sientes como…

Terapeuta: Habías visto algo que te hacía diferente.

Paciente: Sí. Es como que tú no pertenecieras a esa fiesta, a esa gente, por lo que has visto.

Terapeuta: Por algo en lo que habías participado no te sentías parte de aquella gente que lo pasaba bien en la fiesta. Te sentías separado de ellos.

Paciente: Sí. Y justo ahora que estaba intentando verme desnudo con Alice, es gracioso cómo esas fotos aparecieron de pronto en mi mente con tanta intensidad.

Capítulo 20

EL PROCESO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

Durante la reunión de grupo presentada aquí, salieron a flote distintos temas:

1. La tendencia a sobrevalorar o minusvalorar a otros hombres
2. Resistencia a acercarse a otros hombres (desapego afectivo)
3. La necesidad de desarrollar un sistema de apoyo de amistades masculinas no eróticas
4. El problema de qué es razonable esperar de los amigos hombres, incluyendo a otros miembros
5. Auto-afirmación
6. La dificultad de dejar aparte el sueño de encontrar a ese amigo/amante especial, y la frustración con la naturaleza del cambio progresivo

Esta sesión abre con Marco describiendo algunos acontecimientos dolorosos recientes que le han deprimido y molestado:

Marco: "Toda el día de año nuevo me sentí…. El viernes fui a una fiesta de fin de año. Nada me… más que el día de fin de año. El día de fin de año es una maldición gay. Nada es más alienante.

Billy: ¿Ah sí? ¿Qué me dices del día del padre? (risa en el grupo)

Ethan: ¿Y qué hay del día de la superbowl? (más risa en el grupo)

Marco: No tenía nada que hacer en el día de año nuevo. No recibí ninguna invitación, así que al final dije: "A la porra con ello, me voy a un restaurante yo solo" ¿Sabéis cómo se siente uno yendo a un restaurante solo en un día de fiesta? Todas esas parejas, toda la gente joven con buen aspecto. El camarero es agradable, me da una mesa en la esquina, mirando hacia fuera por la ventana. Supongo que sintió pena de mí (risa cínica)

Llega el lunes por la mañana y sigo…… Entonces lo que me molestó es que Max, mi jefe, invitó a este otro chico de la oficina, Jack, a almorzar. A mí no me preguntó. ¿Por qué no me pregunta a mí? Y me entra este sentimiento negativo paranoico de que Max está intentando librarse de mí en el trabajo. Luego Max llamó a Jack para ayudarle en algo que estaba haciendo. "¿Jack, podrías ayudarme con esto?" ¿Por qué no me habla a mí? Pienso: "Algo está jodido". ¿Sabes cómo me siento? Estoy enfadado, desesperándome, estoy deprimido y auto-destructivo. Pienso en suicidarme. Hasta pienso en cómo conseguir un arma… (Risa nerviosa)

Luego esa noche, cuando llegué a casa, Max me llama y me dice "¿Qué pasa? ¿Cual es el problema?". Esto nunca me pasa a mí (risa enfadada) Cuando estoy de este humor nadie me pregunta qué pasa. Siempre me quedo solo para aguantarlo por mí mismo.

El hecho de que Max llamara y que pareciese preocupado me ayudó. Intenté decirle lo que estaba pasando y por qué estaba de tan mal humor. Él estaba lo

bastante preocupado y tuvo la decencia de llamar y no estaba sorprendido por mi comportamiento. No me rechazó… Dijo que mi trabajo es excelente… Nadie me odia.

(Aquí Marco se enzarza en una larga discusión sobre sus sentimientos por Max y lo que la llamada de Max significó para él. Escuchamos lo sensible que es a la muestra de preocupación por Max)

Esa llamada de teléfono me trastornó. Max es mi supervisor, es muy bueno, muy dinámico. (Ríe). Alguien a quien me gustaría parecerme. Max es alguien con quien me gustaría mantenerme en contacto.

Darin: (a Marco) Cuando estabas hablando de tu malhumor, me recordabas a lo que me pasa a mi – odio utilizar la palabra pero supongo que tengo esta tendencia a hacerme la víctima. (Risa irónica). Es una forma de hacer que la gente me pregunte qué es lo que me pasa. Como esta semana, con mi compañero de cuarto – es sábado, tarde, y estoy dando vueltas y me estoy preparando para una fiesta que tenemos y espero que vaya a venir a casa a ayudarme. Finalmente llega a casa y dice: "Estoy realmente cansado, me voy a echar una siesta". ¡Estaba cansado!

Así que en fin, en vez de decirle simplemente lo enfadado que estaba, me pongo de mal humor y callado y espero que se acerque a mí. Realmente me sentía estúpido y avergonzado por no poder hablarle claro y decirle que pensaba que no estaba aportando su parte.

Billy: ¿Qué te gustaría haberle dicho?

Darin: "¡Haz tu parte, tío! Creía que habíamos decidido hacer esta fiesta los dos". Pero sé de donde viene esta actitud de queja. Cuando era un niño, la única forma que tenía de conseguir atención era darles un trato de silencio. Al final conseguía atención. Nunca conseguía atención si me enfrentaba de forma honesta, así que me hacía la víctima y eso siempre hacía que me tuviesen en cuenta.

Terapeuta: ¿Pero funcionaba de verdad?

Darin: (pausa) Realmente no. Mis padres me consolaban emocionalmente pero nunca solucionaban las verdaderas razones de por qué estaba enfadado. Al final la cuestión es que no sé lo que debo o lo que no debo esperar en las relaciones. Así que no pido nada directamente – espero que sean los otros los que vengan a mí.

(Muchos pacientes manifiestan dificultades similares para expresar la ira. Es un patrón que se origina en la niñez cuando la verdadera auto-expresión, particularmente de sentimientos negativos, no era permitida. El lamento es una postura social que pone a la gente en actitud de prestar atención al que se lamenta y de hacerse responsables de sus sentimientos. Es una forma indirecta de mostrar ira, sin hacerse responsable de ella)

Terapeuta: Te gustaría poder expresarla claramente y manejarla de forma directa.

Darin: Ajá

Terapeuta: Volviendo a ti, Marco – nos hablaste sobre sentirte tan cansado la semana pasada - ¿Qué preguntas tienes para el grupo?

Marco: No sé. Sólo quería salir de esto. Pensé: "Mierda, aún tengo estos sentimientos".

Terapeuta: ¿Te sientes satisfecho tan sólo con contar esta experiencia al grupo? ¿Te satisface o esperas algo más de ellos?

Marco: Yo… (Dudando)… tal vez sólo quería saber lo que pensáis vosotros, chicos. Tan sólo compartir y tener vuestro apoyo.

(Muchos hombres tienen dificultades para decidir lo que es razonable esperar de otros hombres)

Brian: Yo te puedo decir que te comprendo en eso. Cuando estoy deprimido, me pongo muy sensible – especialmente alrededor de fin de año. Siento mucho dolor en esa época. Pero cuando estabas hablando, también escuché mucha ira – "Me mataré, conseguiré una pistola". Parece como si para ti la forma de librarte de la ira es librarte de ti mismo o arrojar la ira contra ti a través de sentimientos autodestructivos. Tal vez tu ira se remonta a mucho más atrás, a una ira pasada…

Marco: No creo que sea eso.

(Entonces vuelve a la queja sobre el incidente durante unos diez minutos. La intensidad de su frustración y rabia, junto con su desprecio de la sugerencia de Brian, parece desanimar al grupo para interrumpirle)

Billy: (Aprovechando para intervenir y devolver a Marco al argumento original de Brian) En la forma en que hablas ahora, puedo escuchar la misma ira que cuando estabas diciendo antes "fui a este restaurante y todas esas personas bien parecidas estaban en parejas y yo estaba solo". Necesitas admitir que no sólo estás deprimido sino también enfadado antes de poder saber por qué estás enfadado.

Marco: Yo me estaba haciendo esa pregunta a mí mismo. ¿Por qué estoy tan enfadado? Claro que estaba triste y solo en el restaurante, lo sé… Pero ¿por qué estaba enfadado?

Terapeuta: Realmente, casi siempre pareces enfadado.

Marco: Siempre estoy enfadado por tener esta tendencia. Es como si pensara: "Maldita sea, estos seis meses invertidos en la terapia". Sé que me pongo muy enfadado sobre la lucha cuando parece no haber fin, como que vuelve a pasar y de nuevo. Esto no acaba nunca.

Joel: Lo sé. Es la soledad, el aislamiento, la paranoia interior. Yo soy un hombre en esta situación también y ojalá que pudiera dejarlo y continuar con mi vida pero sigue habiendo esta intensa ira. Es también mi trabajo, mi vida personal, fin de año… pero en el fondo es el problema sexual. Por eso es por lo que fin de año es tan importante, es como "aquí estoy, sólo otra vez".

Darin: Te puedo comprender. Es la homosexualidad, la preocupación en torno a ella – a veces hasta el no querer librarse de ella. Quiero decir, la excitación de cuando ves a un tipo, toda la fantasía – todo eso, por muy indeseable que sea – sigue habiendo una energía excitante en ello.

Terapeuta: Claro que hay energía.

Darin: Hay excitación, hay un bonito drama ahí que no quiero que muera. Si tengo éxito en la terapia, esa excitación se acabará.

Terapeuta: La resistencia es porque no has descubierto una fuente de energía mayor. Esa llama es excitante pero tiene una vida tan corta.

Darin: Sí, pero cuando estás a mitad de ello no ves qué más hay ahí fuera.

Terapeuta: Pero es que no tienes que estar en medio de ello.

Darin: Pero esa es otra cosa de la que tengo miedo – ¿Cuánto tiempo vamos a estar haciendo esto? Sabes, me siento como que… vale, estamos haciendo progresos. Lo veo pero pienso: ¿Dentro de tres o cuatro años voy a estar todavía luchando con esto?

Terapeuta: Cada vez que tienes estas dudas tienes una elección – o sentirte triste por ti mismo e ir hacia abajo y más abajo… o puedes hacer algo que es muy simple. Es decir, la próxima vez que ves a un tipo que te llame la atención, ser auténtico con él. Cuando eres auténtico, especialmente con un hombre, estás despierto, estás en el proceso de conectar. En cuanto empiezas a aprovechar esas oportunidades, empiezas a decir sinceramente cómo te sientes. En ese estado de animación suspendida puedes quedarte atrapado. La única cosa que parece gratificante es esa chispa de excitación sexual, ese drama prohibido. Tienes que dejar de quedarte atrapado en esa tendencia de animación suspendida, pasiva e inútil.

Darin: Sí, pero tengo que hablarle a la gente sobre mis miedos, mi… (Pausa)… ¡odio eso!

Terapeuta: ¿Por qué?

Darin: No sé, suena demasiado débil, femenino. Como alguien que se queja, un niño pequeño… La mayoría de los tipos gays hacen eso. No sé cómo quejarse a otro hombre puede hacer que te sientas bien. No quiero oír: (imitando un tono paternalista) ¡"Oh, no pobrecito"!

Terapeuta: ¿No ayuda?

Darin: No. Lo odio. Y por supuesto siempre estoy intentando mantener mi… mi imagen.

Terapeuta: No digo que tengas que ser un quejica. Sólo le estás diciendo a un amigo lo que te está pasando. No tiene que ser debilidad ni feminidad. Estás compartiendo tus experiencias, estás dejándole entrar en lo que te preocupa. No quieres compasión.

Darin: No.

Terapeuta: No estás pidiendo compasión, estás pidiendo comprensión. Yo hablo a mis amigos sobre lo que me pasa… tal vez para que me ayuden a ver el problema de una forma diferente, un poco mejor.

Darin: (pausa) Si. Sé a lo que se refiere porque es como cuando alguien me habla como mi amigo Franco – Franco me habla de todo.

Terapeuta: Sí, es un buen ejemplo. Y él es hetero. Tú no lo ves como débil o afeminado, ¿no?

Darin: No.

Terapeuta: Ver la apertura como algo débil o afeminado es una forma de mantenerte alejado de los hombres. Es una racionalización, una excusa para justificar una creencia irracional más profunda. Quieres mantener esa imagen. Contar una preocupación te hace sentirte débil. Franco es un buen ejemplo de cómo un hombre puede expresar sus preocupaciones, confusiones y decepciones y no parecer un quejica.

Pero volvamos a por qué Marco se sentía tan enfadado. Marco, algunos de los chicos aquí han expuesto algunas de las razones por las que podrías sentirte enfadado, más allá de la situación en el trabajo. Brian dijo que podría ser tu pasado. Joel dijo que tal vez es la condición homosexual en sí. ¿Quieres explorar algunas de estas sugerencias?

Marco: (pausa larga, luego dubitativamente) Suenan válidas, pero ¿qué hago con ellas? (enfadado) Quiero decir, ¿de qué sirve explorarlas? ¿Tal vez debería simplemente ponerme a saltar y sacar esta rabia de mi sistema?

Ethan: Dijiste antes que no sabías por qué te sentías molesto y enfadado. Si no lo verbalizas -

Marco: (interrumpiendo)… Es como una sorpresa, como que sé que la tendencia está ahí pero de repente aparece. Es como, ¡mierda! Aquí está de nuevo. Me sentí tan mal que cancelé mi sesión individual con Joe. Me decía a mi mismo: "¿Tan mal te sientes que no puedes ni ir a tu sesión de terapia? ¡Cómo estás de jodido!"

(Aquí no podemos evitar sospechar que Marco está auto-compadeciéndose en lo que Van den Aardweg llama auto-dramatización)

Sean: ¿Ves algún progreso en la terapia?

Marco: Hay una parte de mí que ve progreso pero otra parte que no.

Sean: Tal vez sería buena idea que cuando estés realmente deprimido, mires algunas de las cosas positivas y recuerdes el progreso que estás haciendo, Marco.

Marco: (en respuesta a la amabilidad de Sean, hace un cambio de actitud de la auto-dramatización a la auto-reflexión) No sé porqué pasa esto. No debería molestarme tanto sólo porque dos tipos no me inviten al almuerzo. Es simplemente un patrón que parece repetirse una y otra vez en mi vida. Pero que un tipo me llame de una forma tan considerada: ¡Esto sí que no me ha pasado nunca! ¡Nunca habría esperado que llamara!

Billy: Sí. Y dijiste que tu depresión disminuyó después de que te llamara. ¿Pero qué si no hubiera llamado?

Marco: Si no hubiera llamado, habría estado realmente deprimido. A alguien la importaba, a alguien no le importaba. He aquí un tipo para el que trabajo, no es el típico jefe estirado… yo estaba impresionado. Pensé: "Le debo un montón a este tipo. Siempre seré lo mejor persona que pueda trabajando para él"

Terapeuta: Creo que es realmente estupendo que Max llamara pero me pregunto si podrías haber hecho algo por ti mismo sin depender de una llamada de teléfono.

Marco: ¿Haber hecho algo por mí mismo? (como sorprendido por la posibilidad)

Brian: En otras palabras, ¿fue tan especial porque alguien te llamó o hay algo que podrías haber hecho tú para conseguir los mismos resultados? Me pregunto si podrías haber llamado a alguien o haber ido en búsqueda de alguien. Como diciendo "así es como me encuentro en este momento…"

Marco: Bueno, antes o después lo habría hecho pero en ese momento no quería.

Joel: Una forma de evitar que esto pase es evitar crear una dependencia de otra persona. ¿Y qué si no hubiera llamado? Supongo que la tarea para ti y para mí y para todos nosotros es crear una red segura para nosotros mismos. Puede que no tengas

una en este momento pero necesitas creártela. Lo que Max te dio en ese momento fue la sensación de que le importabas a alguien.

Marco: Sí. Necesitaba eso en ese momento (gesticulando dramáticamente) ¡Quiero decir que necesitaba llamar al servicio de prevención de suicidios! Solía trabajar para ellos (risa en el grupo)

Joel: Debemos recordar que todos nos tenemos que plantear el reto de construir esta red de seguridad de personas a las que les importamos.

Terapeuta: Joel, ese consejo contundente a Marco nos lleva de vuelta al principio de la terapia de grupo – aquel que es más consciente de por qué está en el grupo es el que es más útil a los otros.

Joel: Es que yo me puedo ver a mí mismo… y cuando ayudas a alguien, lo ves más claro para ti mismo. Poniéndome en esta situación, aplico mi propia comprensión del problema a mi caso y me hago una idea más clara de lo que me ocurre a mí.

Terapeuta: Correcto. "Lo expongo para otro, pero me ayuda a mi".

Joel: Eso es lo que yo hice durante los últimos meses. Venía y me quejaba y la gente me decía: "Bueno, y ¿qué vas a hacer al respecto?" (se vuelve a Marco) eso es lo que veo que haces. Hablar sobre ello. Hablar sobre ello es estupendo pero no te da la respuesta para que de aquí a seis semanas no vuelvas a estallar.

Terapeuta: Volvamos al otro punto.

(El terapeuta debería haber apoyado el comentario de Joel. Podría haber sido una buena oportunidad para que Marco diese una respuesta honesta a Joel. En lugar de ello se centra en lo que simboliza Max).

Estoy pensando en lo importante que fue esa llamada de teléfono para ti. Quiero que lo oigas en tus propias palabras. Lo que dijiste fue "Realmente aprecio que Max me llamara. Ahora lo voy a tratar de forma diferente. Ahora siempre seré un buen trabajador para él". Suena como a una cosa muy profunda sobre lealtad.

Marco: Oh sí.

Terapeuta: Pero ¡fíjate en la inversión que has hecho en este tipo! Ahora está en una categoría diferente, es especial. Aprecias tanto lo que hizo que le estás jurando lealtad. De ahora en adelante estás comprometido a hacer un buen trabajo, a agradarle. Queremos trabajar bien para un buen padre. No estoy en contra tuya… es muy natural. Queremos hacer las cosas bien para nuestros padres. Queremos que nuestros padres estén orgullosos de nosotros. ¿Pero ves que tipo de devoción estás poniendo en esta persona?

Marco: Sí, lo entiendo.

Terapeuta: Esto nos lleva a la cuestión de la atención masculina. Estás tan necesitado de esa atención especial masculina que ahora Jack tendrá un lugar especial en tu vida. No he oído a nadie centrarse en la cuestión de verdad todavía esta noche – Esa ira y frustración son por no tener la atención masculina.

Marco: Bueno, me sentía dolido, porque Max es un tipo con el que me gustaría tener una relación positiva.

Terapeuta: ¿Qué quieres decir con una "relación positiva"?

Marco: Mmm… Tal vez le gustaría mi trabajo, le gustaría yo y querría mantenerme cerca. Ser amigos.

Terapeuta: Cuestiones de aceptación.

Marco: Sí.

Terapeuta: Cuestiones sobre el trabajo.

Marco: Sí.

Terapeuta: ¿Pero todo esto tiene que ver con qué? ¿Cuáles son las cuestiones de fondo?

Marco: Mi relación con Max.

Terapeuta: Más que eso. Max representa algo para ti.

Billy: Son los hombres. Te sientes rechazado en cuanto un amigo se vuelve hacia otra persona.

Marco: Sí, eso es cierto.

Billy: Porque construiste una dependencia sobre él.

Ethan: También te has hecho una imagen de él excesiva en tus ojos. Lo has descrito como todo aquello que a ti te gustaría ser.

Marco: Es verdad.

Ethan: Y con cualquier gesto de rechazo te sentirás hundido.

Terapeuta: (mirando al grupo) ¿Te suena esto como un problema nuevo? (risa en el grupo)

Tenemos que ver el tema aquí, que se remonta al padre. Es una cuestión de rechazo masculino… He aquí estas poderosas figuras masculinas en mi ida y si no me muestra un apoyo total, me deprimo. Estos dos tipos importantes –que yo he hecho importantes – se van a tomar el almuerzo juntos y me dejan fuera y esto trae viejos temas, como el sentirme excluido, no ser lo bastante bueno. (Mirando al grupo) Tenemos que retomar estos temas de fondo. Tenemos que entender esto primero, antes de que podamos preguntarnos, como Joel pregunta: "¿Qué podemos hacer sobre ello?". Piensa en cómo te metiste en ello realmente, lo que significa reconocer los temas más importantes.

Sólo por el hecho de reconocer estos viejos temas como lo que son ya elimina algo del estigma, del dolor. Te da una perspectiva, un desapego que te ayuda, del que obtienes un poco más de autoestima para manejar el problema. ¿Cómo puedes levantar el teléfono y pedir ayuda a un amigo cuando no sabes cual es realmente el problema?

Marco: Me quedo atascado en la ilusión romántica. Me fascina el tipo joven, exitoso, con poder, seguro… con una forma determinada de hablar: Conduce un Mercedes, lo ha logrado. El cabrón lo ha logrado.

Terapeuta: ¡Ese hijo de puta! (el grupo ríe)

Marco: Y me comparo muy desfavorablemente.

Brian: Yo también me identifico exactamente con eso. Cuando estoy en esa situación no puedo ver la cuestión más grande, más importante. Cuando no estoy en ese estado, puedo verlo todo claro- (volviéndose al terapeuta) Entonces, si tú fueras el amigo al que llamase en ese momento, ¿cómo le ayudarías?

Terapeuta: Le preguntaría si fueran dos mujeres las que fuesen a tomar el almuerzo y no te hubiesen invitado, eso no te habría molestado igual, ¿estoy en lo cierto o no?

Brian: Sí, no me habría afectado tanto.

Terapeuta: (al grupo) ¿Os habría afectado tanto a alguno de vosotros?

Varios miembros del grupo: No.

Terapeuta: Así que sabemos que es una cuestión de relaciones masculinas. Necesitáis reconocer que la situación real no justifica por sí misma una reacción depresiva. Si el amigo al que llamas pidiendo apoyo está al corriente, si conoce los temas de homosexualidad, sabrá que ésta es una cuestión de rechazo masculino. El amigo al teléfono necesitará hacer varias preguntas. Espero que vuestro amigo descubra la verdadera cuestión. ¿Por qué debería afectarte un incidente así? ¿Es una proyección subconsciente? ¿Estás anticipando el rechazo?

(El terapeuta podría haber esperado un poco más para dar la respuesta, dándole al grupo la oportunidad de formular sus propias soluciones).

Brian: De acuerdo. ¿Entonces qué? Porqué aún va a seguir siendo algo doloroso.

Billy: Es como si comprendiera el problema pero aún sigue.

Terapeuta: Como "vale, lo entiendo, pero aún me sigue doliendo". Pero entonces dices: "¿Qué podemos hacer?". Si te llamara ahora y estuvieses libre, tal vez querrías quedar. Si no en ese momento, tal vez la noche siguiente… cuando sea. A veces ayuda saber que vas a quedar con alguien, aunque sea dos días más tarde.

Darin: Nos hemos olvidado de la importancia de tener un tipo ahí para cuando realmente lo necesitas.

Terapeuta: ¡Estupendo! Esa es la cuestión central, el que esté ahí para ti, independientemente del consejo que te pueda dar. Ayudará a contrarrestar el rechazo inicial… Simplemente escuchándote, estando en contacto con una persona. Puede que no estés exultante de felicidad cuando acabes de hablar con él pero probablemente te encontrarás mejor.

Joel: Una razón por la que estamos en esta situación es porque no tenemos nada más. Invertimos tanto en estos hombres, los hacemos tan importantes.

Ethan: Tienes que tener algo más en tu vida. De otra forma toda relación con un hombre puede ser devastadora.

Terapeuta: El hecho es que el hombre homosexual tiene una necesidad mayor de vínculos masculinos. Tenéis que saber esto. Esta es un área en la que habéis tenido una carencia y si estas necesidades no son satisfechas en forma de una amistad buena y positiva, se verán erotizadas. Si no desarrollas y mantienes un círculo de amistades masculinas, te estás abocando al desastre.

Brian: Yo no tengo necesariamente fantasías sexuales sobre estos tipos. Es más una ilusión romántica en la que simplemente me pierdo.

Billy: Sí, pero la frustración te llevará a una conducta homosexual.

Brian: Sí o al menos a una preocupación intensa sobre las fantasías sexuales.

Terapeuta: Correcto.

Darin: En cualquier caso es desmoralizante.

Terapeuta: Marco, tú dijiste al principio: "No sé lo que quiero del grupo. Sólo quiero airear, expresar un incidente". Pero te hemos empujado un poco y hemos acabado con una comprensión más profunda. Vemos que hay una resistencia a apoyarnos en otros tipos. No sabemos realmente si somos una lata, si estamos esperando demasiado de ellos en la relación… Preguntándonos hasta qué punto son realistas nuestras expectativas. Vemos cómo se manifiesta esto en el grupo, donde muchos de vosotros os retraéis porque no estáis seguros de lo que merecéis de otros hombres.

Brian: De los chicos aquí en el grupo o de los amigos hetero que tenemos fuera del grupo. Sé que puedo darle a otros hombres demasiada importancia y hacer que todo dependa de si les gusto o no – o si decido que voy a rechazarlos completamente.

Billy: Sabes, al crecer siempre pensé que los tipos hetero eran artificiales. Yo no tenía muchos amigos hetero porque no creía que pudiera relacionarme con ellos. Cuando oyes a un grupo de chicos hetero hablando unos con otros, dicen cosas como "Eh, tío" y "Eh, colega". (Risas). A mí eso solía parecerme estúpido. Pero sabes, ahora realmente me gusta que me llamen así.

Terapeuta: Esa es exactamente la ambivalencia hacia los tipos hetero. Es la idea de que no merecen la pena.

Billy: Pero me estoy dando cuenta de que es una cosa real. No es cuestión de que sean artificiales.

Terapeuta: Bueno, hay algo que suena artificial pero lo que lo provoca es real.

Billy: Como cualquier nombre de mascota, hay algo intencionado en ello – pero por debajo hay un verdadero sentimiento de afecto fraterno.

Estas viñetas clínicas muestran la lucha continuada por una identidad sexual más segura, que es necesaria para estos hombres para superar el desapego afectivo que les distanció de un padre o de una figura paterna emocionalmente ausente o que les rechazaba. Exacerbando este desapego puede haber una relación excesivamente próxima con la madre, produciendo un niño que se identifica con lo femenino y que ve la conducta masculina como algo atractivo pero peligroso. A medida que estos chicos alcanzan la pubertad, su necesidad de alcanzar un vínculo masculino puede provocar en ellos que se sientan atraídos emocionalmente y en último caso sexualmente por otros hombres.

Aunque esta no es la única causa de la homosexualidad masculina, sí que juega un papel predominante en los antecedentes de los hombres que he visto en mi propia consulta clínica: hombres que han buscado la terapia como un medio de aliviar su inquietud interior y de comenzar el camino de la auto-comprensión, la aserción saludable, amistades masculinas no eróticas y relaciones heterosexuales gratificantes.

Queridos amigos y amigas:

Transcribimos y colocamos este libro en la RED en la convicción de que tanto al autor como a la editorial les va a suponer una gran alegría ver cómo este admirable texto llega a la mayor parte de las personas, en especial a tantas que no tienen la posibilidad de tener acceso a él por otras vías y que el poder tener acceso a él les abre horizontes de vida y esperanza.

Es un texto que está haciendo muchísimo bien y por ello desde esta página hemos decidido difundirlo. Es urgente y necesario que lo difundamos lo más posible, pues será LUZ, ESPERANZA, ÁNIMO y FUERZA para tantas personas que todavía viven aplastados y encerrados en la MENTIRA de la propaganda gay, y en el sufrimiento de una forma de vida que no han elegido y de la que no saben cómo salir.

Por eso os pedimos hagáis el esfuerzo hacer llegar este libro a todas las personas y ambientes posibles: a todos vuestros amigos, a todas las paginas, a todos los chat, a todas las direcciones,…. ¡¡ Hemos de desenmascarar TANTA MENTIRA Y MANIPULACION EN TORNO A ESTE TEMA y hemos de llevar este ¡¡ ES POSIBLE ¡! a tantos hermanos que sufren día a día en la impotencia, la desinformación y la desesperanza.

Amigos/as: ¡¡ SEAMOS MISIONEROS/AS DE LA ESPERANZA ¡! ¡¡ NO NOS QUEDEMOS CON LA LUZ QUE HEMOS TENIDO EL DON DE RECIBIR ESCONDIDA DEBAJO DE LA MESA ¡! LLEVEMOS ESTA LUZ AL MUNDO ENTERO, A ESTA NOCHE TAN TERRIBLE DE DOLOR, SUFRIMIENTO Y DESESPERANZA.

“ID AL MUNDO ENTERO…!

Amigos/as, ¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡ ÁNIMO ¡!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Grupo Juan Pablo II.